

Esta pesquisa foi financiada com recursos CAPES.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

**A GESTÃO DE UMA EPIDEMIA:
ESTABILIDADE E MUDANÇA NO CAMPO
DO HIV/AIDS NO BRASIL (1980-2013)**

TALITA JABS EGER

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. LETÍCIA MARIA SCHABBACH

Porto Alegre, RS.
Novembro/2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

**A GESTÃO DE UMA EPIDEMIA:
ESTABILIDADE E MUDANÇA NO CAMPO
DO HIV/AIDS NO BRASIL (1980-2013)**

TALITA JABS EGER

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Políticas Públicas, área de concentração: Políticas Sociais, Atores e Participação.

Orientadora: Dr^a. Letícia Maria Schabbach

Porto Alegre, RS.
Novembro/2021

CIP - Catalogação na Publicação

Pereira, Talita Jabs Eger
A GESTÃO DE UMA EPIDEMIA: ESTABILIDADE E MUDANÇA NO
CAMPO DO HIV/AIDS NO BRASIL (1980-2013) / Talita Jabs
Eger Pereira. -- 2021.
344 f.
Orientador: Letícia Maria Schabbach.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas, Programa de Pós-Graduação em Políticas
Públicas, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. HIV/Aids. 2. Políticas Públicas de saúde. 3.
Programa Nacional de HIV/Aids. 4. Lei de Incentivo. I.
Schabbach, Letícia Maria, orient. II. Título.

TALITA JABS EGER

**A gestão de uma epidemia:
Estabilidade e mudança no campo
do HIV/Aids no Brasil (1980-2013)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Políticas Públicas, área de concentração: Políticas Sociais, Atores e Participação.

Porto Alegre, 17 de novembro de 2021.

Resultado: Aprovada

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Letícia Maria Schabbach
(Orientadora – PPGPP/UFRGS)

Prof^o. Dr^o. Roger dos Santos Rosa
(Departamento de Medicina Social/UFRGS)

Prof^o. Dr^o. Lizandro Lui
(Escola de Políticas Públicas e Governo/FGV)

Prof^a. D^a. Marília Patta Ramos
(PPGPP/UFRGS)

À Bárbara, meu amor, meu – eterno – bebê.

AGRADECIMENTOS

*És um senhor tão bonito.
Compositor de destinos.
Tambor de todos os ritmos.
Por seres tão inventivo.
E pareceres contínuo.
És um dos deuses mais lindos¹.*

Há quem considere inapropriado escrever agradecimentos extremamente pessoais e sentimentais em trabalhos acadêmicos. Acredito, no entanto, que ao longo do processo de formação acadêmica somos levados a extremos não apenas do ponto de vista cognitivo, mas, também, emocional. Pesquisadores(as), e não trago aqui nenhuma novidade, não são neutros(as) – sob nenhum aspecto -, são também seres emocionais, são afetados(as), são envolvidos(as). Este é, pois, o espaço para transbordar emoção. Este é o espaço para expor a outra face do(a) pesquisador(a) – aquela que, talvez, não fique tão evidente quando a pesquisa é apresentada.

Costumamos afirmar que não se não faz ciência sozinho(a), que a ciência é plural, é realizada por múltiplas mãos. Citamos aqueles(as) autores(as) que nos ajudam a pensar sobre determinados assuntos; então, por que não mencionar, no espaço adequado aqueles(as) que nos ajudam a pensar sobre outros aspectos da vida e que, inevitavelmente, influenciam nosso trabalho?

Este, para quem ainda possa ter dúvidas, será um daqueles agradecimentos longos e piegas!



Lembro-me do dia em que, ao ser entrevistada durante o processo de seleção que culminou na composição da primeira turma de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFRGS, fui questionada sobre minha disponibilidade – e porque não dizer, convicção – de levar a termo um projeto que duraria, no mínimo, quatro anos. Ao considerar as exigências e expectativas inerentes a esse nível acadêmico, o professor que me interpelava a época tinha em

¹ Trechos da canção *Oração ao Tempo*, composição de Caetano Veloso.

mente o fato de que não é incomum que discentes abandonem o curso ao longo do processo de doutoramento e, por isso, desejava garantir que os selecionados para integrar o programa recém-criado se mantivessem firmes ao longo do período de formação. O que ele não sabia é que para mim não se tratava apenas de um projeto de quatro anos, mas de um projeto de vida.

Ter, contudo, a convicção de que o doutorado se constituía em um projeto de vida não tornou o caminho mais fácil e, por vezes, precisei que familiares e amigos me lembrassem do percurso por mim percorrido, das razões que me mobilizaram e me trouxeram até aqui. Foi a eles que recorri em momentos de dúvida, de tristeza e medo. E eles foram os responsáveis por me manter nos trilhos. A eles devo tudo. Engana-se quem pensa que se trata de sentimentalismo exacerbado.

Quando se cresce em uma família pobre, encarando o fato de que, por gerações, a grande maioria de seus familiares não teve a oportunidade de finalizar sequer o ensino fundamental, manter-se na escola a despeito das inúmeras dificuldades associadas à pobreza é uma tarefa árdua. Tarefa que não requer apenas vontade própria, mas que demanda esforço e – inúmeros - sacrifícios daqueles que partilham a vida conosco.

Para alguns, projetos profissionais e acadêmicos são alicerces para o futuro, para outros, são, ainda, formas de honrar o passado e reconhecer sua importância. Por isso, eu não poderia finalizar esse processo sem agradecer àqueles que estiveram comigo ao longo de todos esses anos. Anos que, obviamente, antecederam o período necessário para o doutoramento e que foram imprescindíveis para a construção das sólidas bases que me fizeram suportar as dificuldades do ciclo que hoje se fecha.

Agradeço, portanto, à minha família. Aos meus pais - Sandra, Wilson (*in memoriam*), Fernando -, minha avó – Vanilda -, meus irmãos - Tiago, Cecília, Sophia e Joana -, meus sobrinhos – Caio e Lorena -, e minha filha, meu amor, meu eterno bebê, Bárbara. Obrigada por estarem sempre ao meu lado, por não me deixarem desistir, por acreditarem em mim e por dividirem o peso desses anos comigo. Vocês foram essenciais e a vocês eu dedico cada página desse trabalho, cada passo dessa caminhada.

Agradeço a CAPES por ter me fornecido as condições necessárias para conduzir meu doutoramento e a realização desta tese.

À primeira turma de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFRGS (2015) pela parceria, pela compreensão, pelas horas de estudo, pelas amizades. Desejo todo sucesso a cada um de vocês.

Em especial, agradeço a Rosemeri Feijó, Valéria Calvi e Priscila Farfan pela parceria e pela amizade ao longo de todos esses anos. Queridas amigas, com vocês eu dividi os bons e maus momentos, as dificuldades e alegrias desse percurso. Com vocês eu gostaria de dividir a alegria deste encerramento!

Aos integrantes do Grupo de Antropologia da Economia e da Política (GAEP) e do Núcleo de Pesquisa em Gestão Municipal (NUPEGEM) com os quais sempre partilhei importantes momentos de debates. Em especial, ao Marcos Freire de Andrade Neves, meu querido Nino. Meu amigo de longa data, meu amigo-saudade, meu amigo de todas as horas. Ao Arlei Sander Damo, que de orientador no mestrado se transformou em um amigo querido. Arlei, te agradeço pelo apoio, pelos conselhos, pela confiança, pela parceria de sempre!

À minha querida amiga Luciana Pazini Papi, pela generosidade, pelo riso frouxo, pelos puxões de orelha, por me lembrar que eu não cheguei aqui à toa! E por me apresentar ao “farol”! Obrigada!

Ao Diego Pautasso, o “farol”! Aquele que ilumina meu caminho quando eu só consigo enxergar a escuridão, aquele que se esforça para tornar minha vida mais saudável, meus dias mais alegres, minha caminhada mais leve e minha tese mais curta! Obrigada por tudo, meu amigo! Obrigada por existir e obrigada por não desistir de mim!

À minha orientadora Letícia Maria Schabbach, pela generosidade, pelo apoio e confiança que demonstrou ao me orientar. Letícia, és um exemplo para mim! Exemplo de professora, de pesquisadora, de humana! És a prova de que a Universidade pode ser doce, afetiva, humanizada, sem deixar de ser crítica, profissional e ética.

Um minuto de silêncio pelos mortos às vezes dura até tarde da noite.

Wisława Szymborska. Um minuto de silêncio por L.W. In. Meu coração
num domingo.

Tudo passa – sofrimento, dor, sangue, fome, peste. A espada também
passará, mas as estrelas ainda permanecerão quando as sombras de nossa
presença e nossos feitos se tiverem desvanecido da Terra. Não há homem
que não saiba disso. Por que então não voltamos nossos olhos para as
estrelas? Por quê?

Mikhail Bulgakov, O exército branco.

RESUMO

A Política de Incentivo (Plnc), implementada no âmbito do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PN-DST/Aids) no Brasil, foi fruto de uma estratégia implantada em 2003 visando a descentralização do financiamento das ações direcionadas ao enfrentamento da Aids no País. Ela viabilizou não apenas uma redução do poder decisório do PN-DST/Aids em relação aos estados e municípios como, também, estabeleceu novos fluxos de recursos (humanos, financeiros e simbólicos) entre o Estado e a sociedade civil. É sobre o processo de construção e reprodução desse campo, sobre a substituição do paradigma do financiamento via projetos pelo financiamento fundo a fundo e sobre os efeitos dessa Política sobre as capacidades estatais de planejamento em relação ao problema social do HIV/Aids por parte dos governos municipais que recai o foco analítico da pesquisa aqui proposta. Por meio de estudo da legislação pertinente, análise da literatura e reconstrução histórica refletimos sobre os campos de ação estratégicas (CAE) e os *settlements* (pactos) em vigor e como esse conjunto de entendimentos se manteve ao longo do tempo. Em paralelo, a partir de análise descritiva viabilizada pela consulta e compilação de informações municipais de 2003 a 2013 existentes nos Planos de Ações e Metas (PAM), e, posteriormente, por uma análise mais detalhada do período 2006 a 2013, na qual examinamos os dados textuais de 248 dos 508 municípios elegíveis à Plnc, buscamos identificar a presença de capacidades estatais entre os municípios participantes da Política. Com base na Teoria dos Campos de Ação Estratégica (TCAE), propomos que ao longo dos anos que cobrem o período entre 1983 e 2015 existem três momentos na política de Aids no Brasil. O primeiro, entre 1983 e 1985, quando surgiram as primeiras iniciativas estaduais – essas, por sua vez, sem apoio do governo federal. A segunda fase do CAE iniciou em 1985, com a promulgação da Política Nacional de HIV/Aids, inspirada nos programas estaduais anteriores, que trouxe o conseqüente movimento de centralização política e financeira, pela União, das ações direcionadas ao enfrentamento à epidemia no País. O terceiro momento inicia em 2002, com a promulgação da Política de Incentivo que alterou o fluxo das transferências de recursos do PN-DST/Aids, efetivando a descentralização, que já vinha sendo delineada pelos projetos Aids I (1994-1998) e Aids II (1999-2002), assinados e executados junto ao Banco Mundial. No que concerne às capacidades estatais, observamos que o preenchimento da dimensão “perfil e tendências da epidemia de HIV/Aids e outras DST” atingiu o percentual mais alto (85%, em média) em relação aos outros oito indicadores, nos municípios participantes da Plnc, demonstrando que, em termos relativos (em comparação com as outras dimensões do PAM, cujo preenchimento não ultrapassou 42% no período analisado) os municípios são mais capazes de produzir e atualizar dados epidemiológicos sobre a epidemia. Fato esse que pode estar relacionado com um movimento de institucionalização do setor responsável por dados epidemiológicos em muitos municípios que aderiram à Plnc.

Palavras-chave: Brasil. Política Nacional de HIV/Aids. Lei de Incentivo. Descentralização financeira. Teoria dos Campos de Ação Estratégica.

ABSTRACT

The Incentive Policy (PInc), implemented within the scope of the National Program for Sexually Transmitted Diseases and AIDS (PN-DST/Aids) in Brazil, was the result of a strategy implemented in 2003 aimed at decentralizing the financing of actions aimed at fighting AIDS in the country. It enabled not only a reduction in the decision-making power of the PN-DST/AIDS in relation to states and municipalities, but also established new flows of resources (human, financial and symbolic) between the State and civil society. It is about the process of construction and reproduction of this field, about the replacement of the paradigm of financing via projects by fund-to-fund financing and about the effects of this Policy on the state's planning capacities in relation to the social problem of HIV/AIDS by governments which falls the analytical focus of the research proposed here. Through the study of relevant legislation, literature analysis and historical reconstruction, we reflect on the strategic fields of action (CAE) and settlements in force and how this set of understandings was maintained over time. In parallel, from a descriptive analysis made possible by the consultation and compilation of municipal information from 2003 to 2013 existing in the Action and Target Plans (PAM), and, later, by a more detailed analysis of the period 2006 to 2013, in which we examine the textual data from 248 of the 508 municipalities eligible for the IPnc, we sought to identify the presence of state capacities among the municipalities participating in the Policy. Based on the Theory of Fields of Strategic Action (TCAE), we propose that over the years covering the period between 1983 and 2015 there are three moments in AIDS policy in Brazil. The first, between 1983 and 1985, when the first state initiatives emerged – these, in turn, without the support of the federal government. The second phase of the CAE began in 1985, with the promulgation of the National HIV/AIDS Policy, inspired by previous state programs, which brought about the consequent movement of political and financial centralization, by the Union, of actions aimed at fighting the epidemic in the country. The third moment begins in 2002, with the enactment of the Incentive Policy, which altered the flow of transfers of resources from the PN-DST/Aids, effecting decentralization, which had already been outlined by the AIDS I (1994-1998) and AIDS II projects (1999-2002), signed and executed with the World Bank. With regard to state capacities, we observed that filling out the dimension "profile and trends of the HIV/AIDS and other STD epidemic" reached the highest percentage (85%, on average) in relation to the other eight indicators, in the municipalities participating in the PInc, demonstrating that, in relative terms (compared to the other dimensions of the PAM, whose completion did not exceed 42% in the period analyzed) the municipalities are better able to produce and update epidemiological data on the epidemic. This fact may be related to a movement to institutionalize the sector responsible for epidemiological data in many municipalities that adhered to the PInc.

Keywords: Brazil. National HIV/Aids Policy. Law Incentive. Financial Descentralization. Theory of Strategic Action Fields.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Representação esquemática da classificação do HIV	56
Figura 2: Distribuição geográfica dos tipos e formas recombinantes do HIV-1 identificados no Brasil	59
Figura 3: A expansão do HIV-1 grupo M na República Democrática do Congo	64
Figura 4: Dispersão das linhagens de HIV-1 B caribenhas para os EUA e Europa	71
Figura 5: Teoria dos Campos de Ação Estratégica	149
Figura 6: Campo emergente – modelo de coalizões políticas	177
Figura 7: campo consolidado/maduro – Fase 1. Modelo hierárquico centralizado no governo federal	206
Figure 8: Campo consolidado/maduro – Fase 2. Modelo hierárquico descentralizado, instalação de um novo <i>settlement</i> com a Lei de Incentivo (BRASIL, 2002)	236

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Ondas de difusão e ondas de impacto do HIV/Aids	15
Gráfico 2: Percentual PVHA, todas as idades, regiões mundo, 1990 a 2018.	97
Gráfico 3: Número de novas infecções por HIV e mortes relacionadas à Aids, global, 1990-2018	99
Gráfico 4: Taxa detecção de Aids (por 100.000 habitantes) segundo sexo e razão de sexos, por ano diagnóstico, período 2009-2019:	120
Gráfico 5: Taxa de detecção de Aids (por 100 mil habitantes) segundo faixa etária e sexo. Brasil, 2009 a 2019.	Erro! Indicador não definido.
Gráfico 6: Distribuição percentual dos casos de Aids em homens de 13 anos ou mais segundo categoria de exposição, por ano de diagnóstico. Brasil, 2009 a 2019 .	123
Gráfico 7: Distribuição percentual dos casos de Aids segundo raça/cor da pele, por ano de diagnóstico. Brasil, 2009 a 2019.	124
Gráfico 8: Resumo – Taxas de detecção de Aids, Aids em menores de 5 anos, infecção pelo HIV em gestantes, coeficiente de mortalidade por Aids e número de casos de HIV. Brasil, 2009 a 2019.	126
Gráfico 9: Taxa de detecção de Aids (por 100.000 hab.), segundo região de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 2009 a 2019.	129
Gráfico 10: Taxa de detecção de Aids (por 100.000 hab.) segundo UF e capital de residência. Brasil, 2019	130
Gráfico 11: Razão de sexos segundo região de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 2009 a 2019.	131
Gráfico 12: Taxa de detecção do HIV em gestantes (por 1.000 nascidos vivos), segundo região residência e ano do parto. Brasil, 2009 a 2019.	132
Gráfico 13: Taxa de detecção de gestantes com HIV (por 1.000 nascidos vivos), segundo UF e capital de residência. Brasil, 2019	133
Gráfico 14: Brasil – Nº absoluto de municípios com PAM, 2002 a 2013	238
Gráfico 15: Brasil – Nº absoluto de estados e do DF com PAM, 2002 a 2013	239
Gráfico 16: Percentuais de preenchimento do PAM, cinco dimensões e nove indicadores, Brasil, 2006-2013, amostra (n=248 municípios)	244
Gráfico 17: Percentuais de preenchimento do PAM, cinco dimensões e nove indicadores, regiões brasileiras, 2006-2013, amostra(n=248 municípios)	245
Gráfico 18: Percentuais de preenchimento do PAM, cinco dimensões e nove indicadores, grupos de municípios conforme o estrato populacional, 2006-2013, amostra (n=248 municípios).	246

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1: Resumo – Informações acerca dos indicadores epidemiológicos utilizados para contextualizar o cenário internacional e regional (América Latina) 91**
- Quadro 2: Resumo – Informações acerca dos Indicadores epidemiológicos utilizados para contextualizar o cenário nacional, regional e por Unidade da Federação 92**
- Quadro 3: Projetos brasileiros contemplados com recursos do BM para o enfrentamento à epidemia de HIV/Aids: valores, contrapartidas, períodos de vigência e tipo de apoio 211**
- Quadro 4: Resumo da concepção de cada um dos projetos contemplados com recursos do BM para o enfrentamento à epidemia de HIV/Aids no Brasil 212**
- Quadro 5: Normas referentes à Plnc (2002-2013) 232**
- Quadro 6: Municípios brasileiros que informaram a presença de técnicos responsáveis diretamente pelo planejamento nos PAM – municípios Brasil – 2003/2013 249**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de Estados e Municípios brasileiros beneficiados pelos Projetos Aids I e II	Erro! Indicador não definido.
Tabela 2: Número de Estados e Municípios brasileiros que aderiram à Política de Incentivo (2002)	29
Tabela 3: Comparativo total mortes por Aids por década (todas idades/global)	100
Tabela 4: Variação das taxas de detecção de Aids, segundo regiões brasileiras, período 2009 a 2019.	128
Tabela 5: Taxa de detecção de HIV em gestantes superior à taxa nacional, segundo UF/2018.	132
Tabela 6: Indicadores utilizados, com valores mínimo e máximo observados, no período 2006-2013, amostra de municípios com PAM (n=248)	243

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS²

a.C.	Antes de Cristo
ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AC	Estado do Acre
AI-5	Ato Institucional Número 5
AIDS	Acquired Deficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Humana)
AIDS I	Primeiro acordo de empréstimo entre Banco Mundial e Governo Brasileiro
AIDS II	Segundo acordo de empréstimo entre Banco Mundial e Governo Brasileiro
AIDS III	Terceiro acordo de empréstimo entre Banco Mundial e Governo Brasileiro
AIDS-SUS	Quarto acordo de empréstimo entre Banco Mundial e Governo Brasileiro
AL	Estado do Alagoas
AM	Estado do Amazonas
AP	Estado do Amapá
ARENA	Aliança Renovadora Nacional
ARV	Antirretroviral
AVERT	International HIV and Aids Charity, United Kingdom
BA	Estado da Bahia
BE HIV/Aids	Boletim Epidemiológico HIV/Aids
BR	Brasil
BSV	Biblioteca Virtual em Saúde

² Os termos que, originalmente em inglês, constarão também por extenso em português ao longo desta tese, foram incluídos na lista de abreviaturas tanto em seu idioma original, quanto em sua correspondente tradução.

Lista de abreviatura e siglas (continuação)

CAE	Campo de Ação Estratégica
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (EUA)
CE	Estado do Ceará
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEN	Conselho Empresarial Nacional em Prevenção ao HIV/Aids
CF/88	Constituição Federal de 1988
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNAIDS	Comissão Nacional de Aids
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAS	Centro de Orientação Sorológica
COVID-19	Corona Virus Disease (Doença do Coronavírus)
CRF	Circulating Recombinant Forms (Formas Recombinantes Circulantes)
DCCI	Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DF	Distrito Federal
DNA	Deoxyribunocleic Acid (Ácido Desoxirribonucléico)
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DTN	Doenças Tropicais Negligenciadas
DVE	Doença pelo Vírus Ebola
ELISA	Enzyme-linked immuno sobert assay (Ensaio imunoabsorvente ligado a enzimas)
ES	Estado do Espírito Santo
EUA	Estados Unidos da América
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
GGB	Grupo Gay da Bahia
GO	Estado de Goiás
GRID	Gay Related Immune Deficiency (Deficiência Imunológica Relacionada a

Lista de abreviatura e siglas (continuação)

Homossexuais)

GVS	Guia de Vigilância em Saúde
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy for Aids (Terapia Antirretroviral Altamente Ativa para Aids)
HERA	Health, Empowerment, Rights & Accountability
HIV	Human Immunodeficiency Vírus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
HSH	Homens que fazem sexo com homens
HTLV-III	Human T Lymphotropic Virus Type 3
IFI	Imunofluorescência Indireta
IgG	Imunoglobina G
IgM	Imunoglobina M
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IOC/Fiocruz	Instituto Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LAV	Lymphadenopathy- Associated Virus
LNC	Lista de Notificação Compulsória
MA	Estado do Maranhão
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MG	Estado de Minas Gerais
MPF	Mulheres Profissionais do Sexo
MS	Mato Grosso do Sul
MS	Ministério da Saúde
MSF	Médicos Sem Fronteiras
MSM	Men Who Have Sex With Men
MT	Estado do Mato Grosso
NI (H)	Neoinstitucionalismo histórico
OI	Organizações Internacionais

Lista de abreviatura e siglas (continuação)

OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSC	Organização da Sociedade Civil
PA	Estado do Pará
PAM	Plano de Ações e Metas
PB	Estado da Paraíba
PCAP	Pesquisa de Comportamentos, Atitudes e Práticas
PE	Estado de Pernambuco
PEP	Profilaxia pós-exposição
PI	Estado do Piauí
PIE	Painel de Indicadores Epidemiológicos
PInc.	Política de Incentivo
PN-DST/Aids	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids
PR	Estado do Paraná
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição ao HIV
PVHA	Pessoas vivendo com HIV/Aids
RJ	Estado do Rio de Janeiro
RN	Estado do Rio Grande do Norte
RNA	Ribonucleic Acid (Ácido Ribonucleico)
RNP+	Rede Nacional de Pessoas Soropositivas para o HIV
RO	Estado de Rondônia
RR	Estado de Roraima
RS	Estado do Rio Grande do Sul
SC	Estado de Santa Catarina
SCDH	Unidade de Articulação com a Sociedade Civil e de Direitos Humanos

Lista de abreviatura e siglas (continuação)

(antigo Setor de Articulação com Organizações Não Governamentais)

SE	Estado do Sergipe
SES/SP	Secretaria da Saúde de São Paulo
SICLOM	Sistema de controle logístico dos medicamentos
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Humana
SIM	Sistema de informação sobre mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de agravos de notificação
SISCEL	Sistema de controle dos exames laboratoriais
SIV	Simian Immunodeficiency Vírus (Vírus da Imunodeficiência Símia)
SP	Estado de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
SV40	Simian Virus 40 (Vírus Símio 40)
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculose
TCAE	Teoria dos Campos de Ação Estratégica
TO	Estado do Tocantins
TRIPS	[Agreement on] Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio)
UDI	Usuário de droga intravenosa / Usuário de droga injetável
UF	Unidade Federativa
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UGI	Unidade de Governança Interna
UNAIDS	United Nations Programme on HIV/Aids (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids)

Lista de abreviatura e siglas (continuação)

UNICEF United Nations International Children's Emergency Fund (Fundo Internacional de Emergência para a Infância das Nações Unidas)

WHO World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO: O HIV/AIDS COMO CAMPO DE ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	10
1.1	ATUAL EPIDEMIOLOGIA DO HIV/AIDS: DO CENÁRIO GLOBAL AO LOCAL	17
1.2	A GESTÃO DE UMA EPIDEMIA: UMA PROPOSTA DE INVESTIGAÇÃO À LUZ DO QUADRO ANALÍTICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	22
2	AS PRIMEIRAS REAÇÕES DIANTE DE UMA NOVA EPIDEMIA.....	39
2.1	DOENÇA E MEDO: UM OLHAR A PARTIR DA HISTÓRIA.....	40
2.2	AIDS: A MAIOR E MAIS COMPLEXA EPIDEMIA DO SÉCULO XX.....	49
2.3	UMA EPIDEMIA MUTANTE	54
2.4	UMA TRAGÉDIA COLONIAL: A EPIDEMIA ANTES DA EPIDEMIA	62
2.5	ROTAS DO HIV: OU SOBRE COMO UMA INFECÇÃO REGIONAL SE TORNOU UMA PANDEMIA GLOBAL	71
2.6	O PRAZER COMO RISCO DE MORTE: A AIDS CHEGA AOS EUA	74
2.7	ENTRE REVOLUÇÕES E RETROCESSOS: A CRUZADA MORAL CONTRA OS HOMOSSEXUAIS	78
2.8	SILÊNCIO = MORTE: ATIVISMO E HIV/AIDS	84
2.9	CONSIDERAÇÕES PARCIAIS	89
3	TEMPORALIDADES, TERRITORIALIDADES E ESPECIFICIDADES QUE DESCREVEM AS DIFERENTES EPIDEMIAS DE HIV/AIDS	92
3.1	DOS FATORES QUE MOLDAM DIFERENTES EPIDEMIAS: O CASO DO HIV/AIDS	96
3.2	O HIV/AIDS NO PANORAMA MUNDIAL.....	97
3.3	VIGILÂNCIA MUNDIAL DO HIV: PADRÕES EPIDÊMICOS E POPULAÇÕES-CHAVE	105
3.4	FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O AGRAVAMENTO DA EPIDEMIA EM DIFERENTES REGIÕES E PAÍSES DO GLOBO	111
3.5	AIDS NO BRASIL: UMA EPIDEMIA EM NÚMEROS	119
3.6	REGIONALIZAÇÃO DA AIDS NO BRASIL	129
3.7	CONSIDERAÇÕES PARCIAIS	136
4	DO MEDO AO ENFRENTAMENTO: A AIDS NO BRASIL.....	142
4.1	TEORIA DOS CAMPOS DE AÇÃO ESTRATÉGICA (TCAE)	143
4.2	“BRASIL, AME-O OU DEIXO-O”: OS ANOS DE CHUMBO E OS ANTECEDENTES DO PROBLEMA SOCIAL DA AIDS.....	156
4.3	O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA	158
4.4	“A EPIDEMIA DO SÉCULO” CHEGA AO BRASIL.....	161
4.5	OS PRINCIPAIS ATORES EM INTERLOCUÇÃO NO CAMPO DO HIV/AIDS NO BRASIL.....	164
4.6	A SOCIEDADE CIVIL NO ENFRENTAMENTO À AIDS.....	164
4.7	OS ATORES ESTATAIS E SEU PAPEL NO ENFRENTAMENTO À EPIDEMIA DE HIV/AIDS	168
4.8	O BANCO MUNDIAL E SEU PAPEL COMO FINANCIADOR DAS POLÍTICAS DE SAÚDE.....	169
4.9	O BANCO MUNDIAL E O FINANCIAMENTO DE PROJETOS DE CONTROLE DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS.....	172
4.10	CONSIDERAÇÕES PARCIAIS	174
5	A EMERGÊNCIA DOS CAMPOS DO HIV/AIDS NO BRASIL (1980-1985): O PROTAGONISMO DAS ONGS E DOS GOVERNOS SUBNACIONAIS	177
5.1	PRIMEIRAS INICIATIVAS GOVERNAMENTAIS NA ESFERA SUBNACIONAL.....	182
5.2	O ENFRENTAMENTO À AIDS EM SÃO PAULO E NO RIO GRANDE DO SUL	183
5.3	<i>O enfrentamento à Aids no Rio de Janeiro e em Minas Gerais.....</i>	<i>192</i>
5.4	O ENFRENTAMENTO À AIDS EM OUTROS ESTADOS BRASILEIROS	202
5.5	A ESTRUTURAÇÃO DO PN-DST/AIDS	203
5.6	CONSIDERAÇÕES PARCIAIS	206
6	A CONSOLIDAÇÃO DO CAMPO DO HIV/AIDS NO BRASIL: O PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS (1986-2002) 209	
6.1	O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DO PN-DST/AIDS	211
6.2	ACORDOS DE EMPRÉSTIMOS REALIZADOS ENTRE O GOVERNO BRASILEIRO E O BANCO MUNDIAL.....	214

Sumário (continuação)

6.3	MODELOS DE GESTÃO BASEADOS NAS ORIENTAÇÕES DO BM.....	222
6.3.1	<i>O planejamento no PN-DST/Aids.....</i>	222
6.3.2	<i>O Monitoramento e a Avaliação no PN-DST/Aids</i>	223
6.3.3	<i>A sustentabilidade do PN-DST/Aids</i>	224
6.4	CONSIDERAÇÕES PARCIAIS	228
7	UM NOVO PACTO (<i>SETTLEMENT</i>) NO CAMPO DO HIV/AIDS NO BRASIL: A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE INCENTIVO E AS CAPACIDADES ESTATAIS REQUERIDAS.....	230
7.1	CAPACIDADES ESTATAIS: BREVE CONCEITUAÇÃO	231
7.2	O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE INCENTIVO	234
7.3	SOBRE O PLANO DE AÇÕES E METAS (PAM)	242
7.3.1	<i>Análise dos Planos de Ações e Metas dos municípios integrantes da Plnc.....</i>	<i>247</i>
7.4	CONSIDERAÇÕES PARCIAIS	256
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	259
G)	APÊNDICE C	308
H)	CONDUÇÃO DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DA LITERATURA	308

1 INTRODUÇÃO: O HIV/AIDS COMO CAMPO DE ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A DOENÇA É A ZONA NOTURNA DA VIDA, uma cidadania mais onerosa. Todos que nascem têm dupla cidadania, no reino dos sãos e no reino dos doentes. Apesar de todos preferirmos só usar o passaporte bom, mais cedo ou mais tarde nos vemos obrigados, pelo menos por um período, a nos identificarmos como cidadãos desse outro lugar (SONTAG, 2007, p.1, *sic*).

A Política de Incentivo (Plnc), implementada no âmbito do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids³ (PN-DST/Aids) no Brasil, foi fruto de uma estratégia implantada em 2003 visando a descentralização do financiamento das ações direcionadas ao enfrentamento da Aids no País. Ela viabilizou não apenas uma redução do poder decisório do PN-DST/Aids em relação aos estados e municípios como, também, estabeleceu novos fluxos de recursos (humanos, financeiros e simbólicos) entre o Estado e a sociedade civil. É sobre o processo de construção e reprodução desse campo, sobre a substituição do paradigma do financiamento via projetos pelo financiamento fundo a fundo e sobre os efeitos dessa Política sobre as capacidades estatais de planejamento em relação ao problema social do HIV/AIDS por parte dos governos municipais que recai o foco analítico da pesquisa aqui proposta⁴.

Não há, contudo, como analisar a configuração ou desempenho de políticas públicas destinadas ao enfrentamento às epidemias sem, antes, compreender o *modus operandi* das doenças responsáveis por sua existência. Razão pela qual esse será nosso ponto de partida.

As doenças não apenas têm história, como, também, possuem uma dimensão política (DANIEL; PARKER, 1991; UJVARI, 2003; SONTAG, 2007; HELMAN, 2009; PEPIN, 2011; WHITESIDE, 2017; KELLY *et al.*, 2019). Presentes desde os primórdios da humanidade, elas, assim como os agentes patogênicos aos quais

³ Aids é a sigla em inglês para *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, sendo seu equivalente em português denominado SIDA. Consideramos mais apropriado manter a sigla em inglês uma vez que essa é utilizada em grande parte da literatura nacional e internacional. A mesma lógica se aplica ao uso da sigla HIV, em referência ao vírus responsável por causar a infecção supracitada, e a outras siglas relacionadas ao HIV/AIDS.

⁴ O interesse pelo referido tema se deu após a participação no “Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Homens que fazem sexo com homens”, entre 2015 e 2016, coordenado nacionalmente por Lígia Kerr e, localmente, pelas professoras e pesquisadoras Daniela Knauth e Andrea Leal.

estão ligadas, nos ajudam a compreender a trajetória da espécie humana. Após milhares de anos sobre a Terra, os humanos já se depararam com uma infinidade de moléstias, algumas, porém, destacaram-se, ganharam fortes contornos e não só marcaram um ciclo como se tornaram a força motriz de uma época. Definição essa que pode ser estendida, sem incorrer ao exagero, às dinâmicas epidêmicas.

Compreendidas, sob o ponto de vista da ciência médica, como “a ocorrência de uma doença em número superior ao esperado e não delimitado a uma região” (UJVARI, 2003, p.8), as epidemias, diferentemente da ocorrência pontual e isolada de algumas moléstias, não atingem apenas os corpos individuais. Ao contrário, ganham ruas, cidades, países, tomando de assalto o corpo social e traçando “nossas racionalidades políticas contemporâneas e realidades sociais” (KELLY *et al.*, 2019, p.1. tradução nossa).

Entre as doenças que foram capazes de acometer grandes grupos populacionais estão aquelas que se beneficiaram das interações e dinâmicas de seus hospedeiros para se expandirem. As mais conhecidas – e temidas - o são, justamente, por sua alta infecciosidade e mortalidade. Assim, ocorrera com a peste bubônica, com a varíola, com a gripe espanhola, com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e, mais recentemente, com a COVID-19⁵.

De modo que, quando no verão de 1981, os primeiros casos de Aids⁶ foram identificados nos Estados Unidos da América (EUA), acreditava-se que a nova doença estava acometendo primordialmente jovens homens homossexuais. O que não se sabia, contudo, é que esses casos constituíam-se tão somente na ponta do *iceberg* de uma epidemia funesta que não tardaria a alcançar todo o globo.

Inicialmente chamada de “Câncer Gay”, “Peste Gay”, “Peste Homossexual”, entre outras referências ao segmento social que, em território norte-americano, fora

⁵ A COVID-19, assim chamada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde fevereiro de 2020, é a moléstia causada pelo coronavírus. A doença, cujos primeiros casos foram registrados em 2019, causa infecções respiratórias em animais humanos e não humanos e, de acordo com o que se sabe até o momento, é responsável por um importante comprometimento do trato respiratório inferior. Desde o final de dezembro de 2019, quando emergiu em uma cidade chinesa, a COVID-19 vem se disseminando por todos os continentes, transformando-se na mais importante pandemia do século XXI (PORTAL FIOCRUZ, 2020).

⁶ Em português, habitualmente utilizam-se letras maiúsculas para siglas (HIV, por exemplo). Contudo, quando, na língua portuguesa, nos referimos a doenças (sífilis, tuberculose, ebola, p.ex.), via de regra, as grafamos em minúsculo. Neste trabalho, seja em função da estilística, seja em função de a tomarmos como parte do objeto de nossa análise, adotaremos a inicial maiúscula quando nos referirmos à Aids.

por ela primeiramente atingido, a Aids marcaria o século de importantes conquistas médicas, políticas e sociais com dúvidas, pânico, mortes, estigmas e segregação. Tal como fizeram algumas das mazelas que lhe precederam em um passado distante.

Enfatizando as diferenças entre o comportamento do vírus da Aids e de outros vírus, Pepin (2011), a partir da comparação entre as epidemias do HIV/Aids e do Ebola, afirma que essa faz com que as pessoas adoeçam e morram rapidamente após o contágio⁷, provocando uma “epidemia espetacular”, intensa, mas temporalmente localizada; em contrapartida, aquela pode levar até uma década para que os primeiros sintomas surjam e a doença seja, finalmente, identificada - causando uma epidemia que se propaga ao longo de um amplo intervalo temporal.

No decorrer dos anos em que os indivíduos infectados pelo HIV⁸ permanecem assintomáticos, sua transmissão⁹ segue ocorrendo, a epidemia se expandindo e a saúde dos infectados pelo vírus, deteriorando. Em virtude disso, os primeiros casos identificados nos Estados Unidos, além de progredirem rapidamente para morte – provocando exaltação e terror entre seus contemporâneos -, eram agravados pela dificuldade que os profissionais da saúde encontravam em rastrear possíveis causas

⁷ Altamente letal, a doença apresenta uma taxa de mortalidade de 90%. Enquanto o período de incubação do vírus é de 21 dias, a partir do momento que os primeiros sintomas se manifestam, o Ebola progride rapidamente, levando os doentes à morte em um período que varia de sete a 15 dias (cdc.gov/vhf/ebola/pdf/ebola).

⁸ Ainda que o assunto seja mais detalhado nos capítulos seguintes, a título de compreensão inicial, importa ressaltar a diferença entre o HIV e a Aids. O HIV é o vírus causador da Aids, responsável por acometer células específicas do sistema imunológico. Diferentemente do que ocorre em relação a outros vírus, uma vez infectado pelo HIV, o organismo humano não consegue eliminar o agente patogênico, tendo de (con)viver com ele durante toda sua vida. A Aids, por sua vez, é a síndrome que surge no estágio avançado da infecção pelo HIV. Nessa fase, o indivíduo pode apresentar inúmeros sintomas, além de doenças oportunistas (pneumonias atípicas, infecções fúngicas e parasitárias) e alguns tipos de cânceres (como o sarcoma de kaposi, por exemplo). Em termos básicos, podemos afirmar que, nem todo indivíduo infectado pelo HIV desenvolverá Aids, mas, ao contrário, todo aquele que desenvolve Aids foi, por certo, infectado pelo HIV (cdc.gov/vhf/aids/pdf/aids). De todo o modo, apresentando ou não sintomas relacionados à síndrome, os indivíduos infectados pelo HIV (quando não tratados ou soro-suprimidos), podem transmiti-lo a outrem.

⁹ É importante mencionar que entre a infecção do vírus da Aids e a produção dos anticorpos anti-HIV existe um intervalo de tempo denominado “janela imunológica”. Os anticorpos produzidos em resposta à presença do HIV podem ser detectados através dos exames, confirmando, assim, a infecção (Blog da Saúde, s/d). Segundo Freitas (2020), a janela imunológica do HIV sofre alterações relacionadas tanto ao tempo necessário para que os anticorpos sejam produzidos, quanto à técnica utilizada para realização do teste que irá confirmar ou não a infecção. De modo que, mesmo infectado, um indivíduo pode levar até seis meses para receber o resultado reagente para o HIV. Para mais informações sobre os diferentes tipos de testes e as janelas imunológicas que lhes são correspondentes, ver Anexo A.

para os indícios clínicos que os acometidos pela síndrome, então desconhecida – e já em estado avançado - apresentavam.

Descritos, conforme Whiteside (2017), como “um pedaço de ácido nucléico rodeado por uma má notícia” (Idem, p. 23, tradução nossa), os vírus que fizeram dos seres humanos seus vetores, beneficiaram-se do permanente deslocamento de seus hospedeiros e também da pobreza abissal sobre a qual muitos desses viviam, para perpetuarem sua própria espécie. Assistido sobre a mesma dinâmica de sobrevivência, mas, sobretudo, pela intensa urbanização, pelos avanços tecnológicos, pelo amplo processo de integração sociocultural, econômica e política entre diferentes partes do planeta bem como, pelos inúmeros conflitos nacionais e internacionais que encontraram no século XX um terreno próspero, o HIV emergiu, se expandiu e rompeu, em menos de uma década, barreiras transnacionais.

Não há, dessa forma, como traçar a trajetória do HIV e da síndrome por ele causada, sem ter em mente os profundos processos econômicos, políticos e culturais que reconfiguraram as dinâmicas de integração e inter-relação no planeta (GALVÃO, 2000; UJVARI, 2003; PEPIN, 2011; WHITESIDE, 2017). Não há, igualmente, como observar a epidemia de Aids em âmbito local sem considerar, em algum nível, sua configuração e dimensão em nível global. E isso se dá não apenas pela conjuntura sociopolítica e econômica que possibilitou e aprofundou a epidemia, mas, também, pelas peculiares características genéticas¹⁰ do vírus¹¹.

¹⁰ Para sobreviver e se replicar, o HIV, assim como outros vírus, precisa de um organismo vivo que possa lhe hospedar e garantir as condições de sobrevivência e reprodução. Dentro do corpo humano, o vírus invade as células do sistema imunológico, altera seu Ácido Desoxirribonucléico (DNA), produz cópias de si mesmo, destrói as células acometidas, parte em busca de células saudáveis e reinicia seu processo de reprodução e autopreservação. Como consequência, em pouco tempo, o hospedeiro passa a apresentar um grande número de cópias do agente virulento em detrimento de células imunológicas; ademais, uma vez que o processo de replicação do HIV é extremamente ágil, alguns “erros” podem ocorrer em sua estrutura levando-o a sofrer mutações, o que, por seu turno, lhe garante uma grande variabilidade genética (PEPIN, 2011; WHITESIDE, 2017).

¹¹ Frente à dinâmica reprodutiva apresentada pelo vírus da Aids, foram identificadas duas variedades de HIV – os de tipo 1 e 2 -, sendo o primeiro responsável pela epidemia global que enfrentamos há quase quatro décadas. Nesse tocante, ressalta-se que o HIV-1 se divide ainda em quatro grupos, entre os quais se encontra o grupo M (principal) que apresenta, por sua vez, nove subtipos. Os diferentes tipos, grupos e subtipos de HIV possibilitam que indivíduos soroconvertidos (diz-se do indivíduo que apresenta anticorpos em resposta a um antígeno) possam ser reinfectados com novas estirpes do vírus, gerando, assim, a chamada recombinação viral. Até o momento (2020), já foram reconhecidas 48 recombinações relacionadas ao HIV-1.

Essa imensa variabilidade genética não dificulta apenas o processo de desenvolvimento e aprimoramento de testes diagnósticos e medicamentos capazes de conter o desenvolvimento e a progressão viral, ela também viabiliza a distinta distribuição de tipos e subtipos de HIV dentro de um determinado território. De modo que, é factível afirmar que não existe uma epidemia global de HIV/Aids mas, epidemias, no plural.

Tendo em mente os elementos que constituem as facetas biológica e sociopolítica da epidemia de Aids, não se pode negar que passadas quase quatro décadas após seu advento, inúmeras são as conquistas a serem comemoradas: o isolamento do vírus causador da síndrome, o desenvolvimento de testes capazes de detectá-lo, o aperfeiçoamento de drogas eficazes – e menos tóxicas – para o tratamento das chamadas doenças oportunistas e para o controle da progressão do próprio HIV, a elaboração e constante refinamento de protocolos clínicos que possibilitam respostas ágeis à uma pandemia ainda ativa e dinâmica. Outrossim, a partir do surgimento da epidemia, pautas como a dos direitos sexuais e reprodutivos e, posteriormente, aquela em torno da quebra de patentes farmacêuticas e da consolidação dos medicamentos genéricos como uma política pública (LOYOLA, 2010; LOYOLA *et al.*, 2010; VILLELA, 2010; CORRÊA; CASSIER, 2010; GUIMARÃES, 2010; BARROSO, 2010), ganharam amplitude e visibilidade nos campos político e da saúde pública (GALVÃO, 2000). No entanto, até o momento, não logramos descobrir a cura, impedir que o HIV continuasse se propagando ou que a Aids persistisse ceifando vidas. Esses são, pois, os elementos que nos remetem à desoladora realidade impressa, e constantemente atualizada, por uma das maiores, e mais letais, epidemias assistidas desde o século XX.

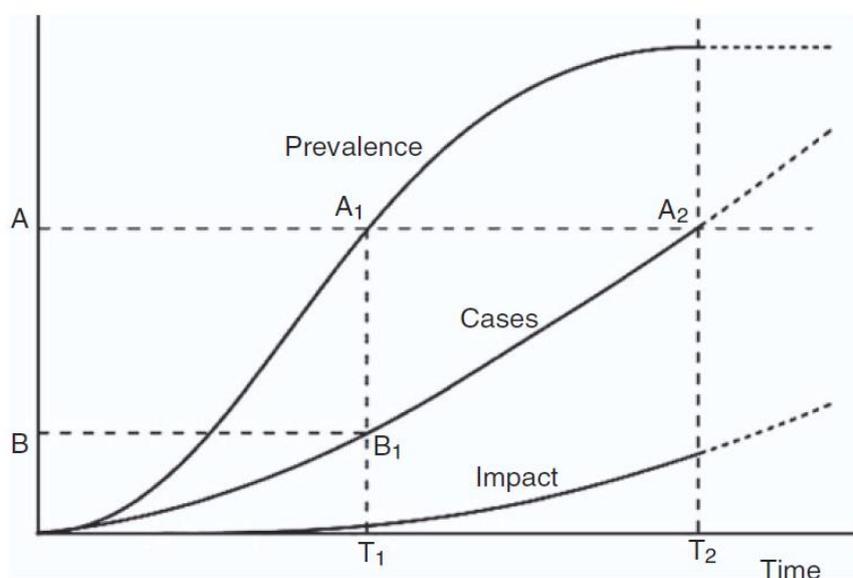
Conforme Alan Whiteside (2017) reforça, as características reprodutivas do HIV associadas às manifestações sintomáticas tardias, possibilitam-lhe uma progressão única e dinâmica, fazendo com que muitas de suas consequências tornem-se visíveis apenas em longo prazo. Essa perspectiva, inclusive, já havia sido prenunciada em discurso proferido por Jonathan Mann, na Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1988 (*apud* DANIEL; PARKER, 1991), sendo, posteriormente retomada em seu trabalho junto a Tarantola e Netter no qual, em 1992, seria apresentada a primeira análise sobre a situação global em torno da epidemia – *Aids in the world* (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993 [1992]). Segundo, portanto,

Whiteside (2017), para que possamos compreender os efeitos da Aids sobre as famílias, comunidades, indicadores demográficos e mesmo sobre o desenvolvimento nacional, faz-se necessário estender o período de tempo sob análise.

O fator tempo assume um papel importante nas análises sobre o HIV/Aids, na medida em que as múltiplas epidemias de Aids não se limitam apenas à variabilidade genética do HIV-1 e sua distribuição espacial, mas, também, à sua distribuição temporal. Há, por essa razão, a possibilidade de coexistência de epidemias relacionadas à disseminação viral (e em sua fase assintomática) e epidemias relacionadas à síndrome (momento em que a doença se manifesta).

Assim, em um mesmo território/período temporal, podemos identificar epidemias de HIV - havendo ainda a possibilidade de coexistirem epidemias de diferentes tipos, grupos e subtipos do vírus -, e epidemias de Aids – cujas características e impactos estão intrinsecamente ligados às especificidades dos diferentes segmentos sociais infectados. Ou seja, a um só tempo, pode-se estar lidando com a intensa disseminação viral – em territórios e/ou entre grupos distintos daqueles outrora acometidos pelo HIV -, e com as mais profundas consequências da síndrome (Aids). Esse fenômeno é concebido por Whiteside (2017) como um “evento de ondas longas”, no qual ondas de difusão e ondas de impacto coincidem.

Gráfico 1: Ondas de difusão e ondas de impacto do HIV/Aids



Fonte: Whiteside, 2017, p.5.

A primeira curva (A), ainda de acordo com o argumento defendido por Whiteside (2017), aponta para a tendência de constante crescimento da prevalência¹² de HIV/Aids. Uma vez que a prevalência é estabilizada, os casos parecem temporalmente “espalhados”, visto que a disseminação do vírus se dá de forma ‘silenciosa’, quase indetectável. E, mesmo diante de um alto número de pessoas infectadas, se essas se mantiverem assintomáticas por um longo período, o diagnóstico tende a ser tardio.

Marcando um intervalo de seis a 10 anos em relação à primeira curva, a segunda curva (B) inscreve o número de novos casos de Aids. Esses seriam, conforme salienta o autor, mais visíveis, passíveis de serem identificados com mais facilidade, mas, dado que muitas vezes, se encontram dispersos em um determinado território (um país, por exemplo), podem ser subnotificados, tornando os números inoficiais possivelmente superiores àqueles que irão, entre outras coisas, subsidiar as políticas de combate à Aids.

Ainda que diante de um vírus mutante, acredita-se que o futuro da epidemia de HIV/Aids seja, sob o aspecto epidemiológico, razoavelmente previsível e, portanto, suscetível a contenção. À exceção, é claro, das mutações, inerentes ao HIV, por torna-lo transmissível por vias distintas das atuais e/ou mais virulento e letal.

Munidos, portanto, do conhecimento acumulado acerca do HIV e da Aids, podemos afirmar que conhecemos a forma como o vírus se comporta e se dissemina, todas as vias transmissão¹³¹⁴, seu grau de virulência e progressão da síndrome. O que nos permite asseverar que a infecção por HIV levará, em um

¹² Prevalência é uma medida de ocorrência de doenças que indica o número total de casos existentes em uma determinada população e em um determinado momento temporal.

¹³ O HIV **pode ser** transmitido através das relações sexuais desprotegidas (sejam elas anais, vaginais ou orais), da transfusão de sangue contaminado, da gestante infectada para o feto (transmissão intrauterina) ou para o bebê (no momento do parto ou durante a amamentação), do uso compartilhado de seringas e a partir de outros instrumentos perfurocortantes não esterilizados (antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/aids).

¹⁴ Dada a recorrente falta de informação sobre o vírus e a síndrome por ele provocada e, conseqüentemente, os altos níveis de estigma em torno das pessoas que vivem com HIV e Aids, tão importante quanto retomar as formas de transmissão, é informar os meios pelos quais a infecção **não é** transmitida. O HIV/Aids **não é** transmitido pelo sexo protegido; pela masturbação a dois; pelo ar; pelo suor, lágrima, aperto de mão, abraço; por picada de insetos; pelo uso compartilhado de sabonete, toalha, lençol, assento de ônibus, piscina e/ou banheiro (antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/aids).

período de seis a 10 anos, à Aids que, por sua vez, quando não tratada, conduzirá à morte.

Infelizmente, sob o ponto de vista de seus impactos políticos, sociais e econômicos, não dispomos das mesmas certezas. Se a curva A e B, presentes no gráfico 1, permitem algum grau de previsibilidade e, portanto, de intervenções planejadas, a terceira curva (impacto) marca sempre um futuro distante (décadas) dificultando prognósticos passíveis de interferências eficazes, coordenadas e planejadas. De mais a mais, para compreender o complexo cenário desenhado por Whiteside (2017), há que se considerar o tempo de existência da epidemia em nível global e a particularidade de sua dinâmica de disseminação, o que nos leva à coexistência das três curvas no momento presente e, à inevitável existência de ao menos duas delas nas décadas futuras (caso, evidentemente, consigamos cessar a disseminação viral).

1.1 Atual epidemiologia do HIV/Aids: do cenário global ao local

Em termos epidemiológicos, de acordo com os dados produzidos em nível global¹⁵, estima-se que, de 1981 a 2019, no mínimo 32,7 milhões de pessoas tenham morrido em decorrência da Aids (UNAIDS, 2020); dessas, 690 mil sucumbiram à síndrome no ano de 2019. Número que apesar de alto, representa redução de mais de 60% quando comparamos as mortes registradas em 2019 com aquelas registradas no auge da mortalidade por Aids, em 2004, quando 1,7 milhão de mortes relacionadas à doença foram notificadas em todo o mundo.

Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS, em inglês), estima-se que em 2019, 38 milhões de pessoas viviam com HIV em todo o mundo, entre as quais, cerca de 2,7% (um milhão) tinham menos de 15 anos de idade à época. Apenas em 2019 foram registrados 1,7 milhão de novos casos de

¹⁵ As informações de nível mundial serão mais detalhadas no capítulo três desta tese.

HIV, mais de 60% deles localizados em diferentes regiões do continente africano (UNAIDS, 2020).

Cerca de 81% das 38 milhões de pessoas que viviam com o vírus da Aids em 2019, conheciam sua sorologia positiva para o HIV; dessas, 67% estavam recebendo a terapia antirretroviral altamente ativa para Aids (HAART) e metade já apresentava carga viral suprimida (UNAIDS, 2020), o que representou um aumento de mais de 30% em comparação com 2010, quando apenas 7,7 milhões de pessoas estavam realizando tratamento para combater a progressão da síndrome.

Apesar das inquestionáveis conquistas no campo do enfrentamento ao HIV/Aids, sobretudo, a partir dos avanços biomédicos e farmacêuticos e da constante evolução dos protocolos preventivos e terapêuticos, as mais recentes evidências globais indicam um processo de desaceleração na diminuição de novos casos de HIV.

Essa desaceleração não é fruto apenas da estagnação observada em alguns países, mas, principalmente, do aumento no número de novos casos notificados entre as chamadas populações-chave¹⁶, em alguns países (a exemplo do que vem sendo observado nos continentes africano e latinoamericano). Compõem essas populações, os homens que fazem sexo com homens (HSH)¹⁷, travestis e transexuais, usuários de drogas injetáveis/intravenosas (UDI), mulheres profissionais do sexo (MPF) e as pessoas privadas de liberdade (em prisões ou outras instituições fechadas).

Em 2019 a América Latina, uma das regiões que vem recebendo destaque no que concerne à dificuldade em conter o avanço da epidemia, abrigava quase dois milhões de pessoas vivendo com HIV, entre as quais, 77% compunham as populações consideradas chave para o efetivo enfrentamento da síndrome; mesmo ano em que foram notificadas 35 mil mortes relacionadas à doença. Esses números,

¹⁶ Segundo o documento *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations key populations* (2014), populações-chaves: “are defined groups who, due to specific higher-risk behaviors, are at increased risk of HIV irrespective of the epidemic type or local context. Also, they often have legal and social issues related to their behaviors that increase their vulnerability to HIV”.

¹⁷ Categoria de intervenção no campo das políticas de saúde sexual, derivada do termo inglês *Men Who Have Sex With Men* (MSM), que se refere aos homens que, identificando-se ou não como homossexuais ou bissexuais, se relacionam sexualmente (frequente ou eventualmente) com outros homens.

no entanto, não estão igualmente distribuídos entre todos os países que compõem a região, ao contrário, metade deles foi registrada apenas no Brasil.

Com mais de 200 milhões de habitantes, o Brasil apresentou um aumento 21% no número de novas infecções entre 2010 e 2018, número inferior ao Chile que, no mesmo período, registrou um aumento de 34%. Sendo, no entanto, o país com maior extensão territorial e maior densidade populacional, não surpreende que afete – positiva ou negativamente – as médias do continente. Por suas características territoriais e populacionais, mas, também, como precursor de importantes políticas de enfrentamento à epidemia, o País exerce um importante papel na dinâmica epidêmica dos países no seu entorno¹⁸.

Quando, em meados de 1982, os primeiros casos de Aids foram identificados no Brasil (GALVÃO, 2002), pouca atenção foi dada à nova doença que, conforme acreditavam as autoridades de saúde da época, afetava primordialmente a população masculina homossexual de classe média alta que vivia nos EUA ou que viajava recorrentemente ao país (TREVISAN, 1986).

Analogamente ao que se constatava em outros países, e, reiterando a compreensão que se tinha da doença, quando os primeiros casos se tornaram públicos no Brasil, as então chamadas “vítimas da Aids” (PARKER, 1994; PARKER; GALVÃO, 1996) localizavam-se nos grandes centros urbanos e pertenciam a grupos economicamente privilegiados. Essa imagem construída e mantida em torno dos gays não sucumbiu nem mesmo quando diante da publicização de casos de mulheres infectadas pelo HIV¹⁹.

Não demorou, porém, para que a epidemia mostrasse sua dinamicidade e agilidade; e, se pareceu em algum momento que estava concentrada em um único grupo, em breve se estenderia a indivíduos de todas as classes, gêneros, faixas etárias, orientações e identidades sexuais, religiões, raças e cores. De modo que os dados produzidos pelo Brasil, desde a década de 1980, não deixam dúvidas sobre duas importantes características da epidemia brasileira: **i)** o HIV/Aids está igualmente presente em todos os segmentos sociais e, **ii)** ele não apenas está

¹⁸ Nesta introdução são apresentados dados preliminares sobre o HIV/Aids no Brasil, a serem retomados e aprofundados em capítulos posteriores.

¹⁹ Os primeiros casos de Aids entre mulheres brasileiras data de 1984, dois anos após o advento da epidemia no País. No entanto, a relação entre a Aids e as mulheres só passou a constar nos livros de medicina a partir de 1993 (GALVÃO, 2000).

generalizado na população como vem apresentando uma tendência de crescimento e concentração em populações-chaves e populações prioritárias²⁰.

Um dos mais recentes Boletins Epidemiológicos de HIV/Aids²¹, publicado em 2019, indica que foram diagnosticados, em 2018, 43.941 novos casos de HIV e 37.161 casos de Aids, com uma taxa de detecção²² de 17,8 por 100.000 habitantes. Em seis anos, período entre 2012 e 2018, o Brasil registrou um decréscimo de 16,8% na taxa de detecção (quando passou de 21,4 [2012] para 17,8 por 100.000 habitantes [2018]).

Em 2018, foram registradas 10.980 mortes por Aids, com uma taxa de mortalidade de 4,4 por 100.000 habitantes. Nesse ano verificou-se uma queda de 65% em relação à taxa registradas em 2014 (12,5 por 100.000 habitantes). Acredita-se que essa redução esteja relacionada às ações que viabilizam o diagnóstico precoce e à disponibilização gratuita de medicamentos para todos os infectados pelo vírus, mesmo que assintomáticos. No entanto, estima-se que 135 mil pessoas ainda desconheçam sua sorologia para o HIV/Aids, inviabilizando, assim, a supressão viral, a interrupção da transmissibilidade do HIV e, conseqüentemente, uma maior redução na taxa de mortalidade por Aids (BE HIV/Aids, 2019).

Desde sua chegada ao Brasil até junho de 2019, 966.058 mil casos de HIV foram registrados, com uma maior concentração entre os indivíduos na faixa etária entre 25 e 39 anos, entre os quais 58% eram homens. As faixas etárias de 15-24 anos e de 35-49, porém, vêm apresentando um constante crescimento no número de novos casos de HIV desde o advento da epidemia no País, respondendo, respectivamente, por 45% e 37,6% deles.

²⁰ Segundo o Ministério da Saúde (através das informações disponibilizadas no site oficial), são consideradas populações prioritárias para o HIV/Aids: a população jovem, a população negra, a população indígena e a população em situação de rua.

²¹ O Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis lança anualmente dois Boletins Epidemiológicos. O primeiro apresenta dados relacionados às hepatites virais (B e C), enquanto o segundo traz dados sobre os casos de Aids em toda a população brasileira. Esse inclui, ainda, dados sobre sífilis em gestantes e sífilis congênita. As informações apresentadas são produzidas a partir de dados transferidos das secretarias estaduais de saúde ao Setor de Produção do DATASUS (departamento de informática do SUS), do Ministério da Saúde. Por sua vez, o Boletim Epidemiológico, produzido pelo Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Aids e Hepatites Virais (BE HIV/Aids), apresenta e analisa dados por estados e regiões do País, considerando variáveis como: sexo, idade, categoria de exposição, raça/cor e escolaridade.

²² Taxa de detecção de casos de Aids é um indicador construído a partir do número de casos de Aids em um determinado ano de diagnóstico e local de residência dividido pela população de residentes nesse mesmo local, no mesmo ano de notificação x 100.000 (BE, 2014).

No Brasil, a epidemia de HIV/Aids apresenta tendência de crescimento e concentração entre as populações-chave (BE HIV/Aids, 2019), que, consideradas mais vulneráveis à infecção, respondem pela maioria dos novos casos no País, sendo, por essa razão, alvo de intervenção prioritária no campo de prevenção e controle da doença. Assim, entre 1980 e junho de 2019, 58% dos casos de Aids registrados no Brasil foram em homens, tendo como principal via de transmissão, entre indivíduos com mais de 13 anos de idade, a relação sexual. Entre esses homens, apesar de se observar um predomínio da categoria de exposição²³ heterossexual, há uma tendência de aumento na proporção de casos em HSH nos últimos anos, que representaram, entre 2007 e 2019, 51,3% dos novos casos de HIV.

Nesse contexto, estudos recentes indicam um maior risco de infecção entre as populações consideradas vulneráveis em comparação com a população geral (KERR, 2012; KENDALL *et al.*, 2019). Enquanto os HSH apresentam 22 vezes mais chances de se infectar por HIV do que os homens adultos heterossexuais; os UDI apresentam, igualmente, 22 vezes mais chances de se infectarem do que os não usuários de drogas intravenosas; as MPF apresentam 21 vezes mais chances de contraírem o vírus da Aids do que as mulheres adultas que não são profissionais do sexo, e a população transexual apresenta 12 vezes mais chance do que a população adulta geral.

Os dados epidemiológicos apontam, ainda, para uma maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV dos HSH, que se encontram menos propensos do que a população geral a ter acesso aos serviços de saúde, especialmente aos de prevenção e tratamento do HIV/AIDS (KERR *et al.*, 2013). Isso se deve, em parte, aos investimentos públicos escassos em ações e insumos preventivos, mas se somam às situações relacionadas ao contexto social em que esses indivíduos estão inseridos e que podem forjar vulnerabilidades sociais como discriminação, violência e homofobia (PARKER, 1997; PARKER; TERTO JÚNIOR, 1998).

²³ Para fins de notificação dos casos de HIV/Aids, são consideradas pelo Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Aids e Hepatites Virais, as seguintes categorias de exposição à infecção: sexual (heterossexual, homossexual e bissexual); sanguínea (usuários de drogas injetáveis, transfusão sanguínea, hemofílico e acidente de trabalho) e transmissão vertical (diz-se de uma infecção transmitida da mulher para o feto durante a gestação [transmissão intrauterina], para o recém-nascido durante o parto ou para o lactente através da amamentação).

A maior vulnerabilidade de determinados grupos à Aids é uma realidade desde o advento da síndrome, sendo frequentemente incluída na agenda construída a partir da epidemia. No entanto, a despeito de todas as orientações e recomendações de organismos internacionais vinculados ao campo da saúde e aos direitos humanos, o Brasil, assim como muitos países, ainda enfrenta dificuldades em lidar com as especificidades dessas populações e em lhes garantir prioridade nas suas ações programáticas.

Reitera-se, portanto, a necessidade de se analisar a epidemia de HIV/Aids considerando as especificidades epidemiológicas locais e suas dinâmicas passadas e contemporâneas, com vistas à compreensão e à intervenção sobre suas consequências futuras. Contudo, na intrincada rede tecida pela epidemia, passado, presente e futuro se entrelaçam e se manifestam simultaneamente. Conjuntura que desafia, há mais de 30 anos, formuladores(as) e gestores(as) de políticas públicas destinadas ao enfrentamento do HIV/Aids.

1.2 A gestão de uma epidemia: uma proposta de investigação à luz do quadro analítico das políticas públicas

Tudo o que o homem pode ganhar no jogo da peste e da vida é o conhecimento e a memória (Albert Camus, *A Peste*, 1947).

[...] corpo, alma, sociedade, tudo se mistura (Marcel Mauss, 2003, p.336).

A história da Aids no Brasil – e, conseqüentemente, de seu enfrentamento – confunde-se com o processo de redemocratização do País, o subsequente retorno dos expatriados políticos, e a mobilização da sociedade civil em torno das pautas sociais (PARKER *et al.*, 1994; GALVÃO, 2000; LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a; GRECO, 2016; GASPARI, 2016); com o crescente debate promovido pelo movimento sanitarista em torno da necessidade de implementação de ações e políticas que garantissem saúde universal e gratuita à população brasileira (GRECO, 2016); com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88) que, não sem motivo, ficaria conhecida como “Constituição Cidadã” (ROCHA, 2008); com a inserção do conceito de saúde como dever do Estado e

direito dos cidadãos e, por fim, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (LAURINDO-SILVA; TEIXEIRA, 2009). Dessa forma, tão arrebatadora, virulenta e letal como em qualquer outro país por onde tenha passado, se por um lado ela encontrou em terras brasileiras a oportunidade de se disseminar rapidamente, por outro, esbarrou em um cenário sociopolítico efervescente, em uma comunidade política e acadêmica atuante e em uma sociedade civil ávida por transformações.

Como ocorrera em outros lugares do mundo – EUA, África do Sul, por exemplo -, a construção da política nacional de enfrentamento à Aids contou com a mobilização e estreita participação da sociedade civil. Em um contexto em que o Brasil se via diante dos primeiros casos de infecção por HIV, representantes do movimento homossexual, bem como indivíduos *gays* desvinculados de quaisquer organizações, buscando compreender o que era a nova doença que vinha acometendo, em grande medida, seus pares, começavam a se encontrar para ler e discutir coletivamente os estudos e artigos científicos produzidos internacionalmente (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a) e, em paralelo, atuar na garantia de apoio, atendimento e cuidado aos acometidos pela síndrome (TEIXEIRA, 1997).

Esses atores - indivíduos ligados à sociedade civil, a universidades, às instâncias políticas, governamentais e burocráticas -, cujas habilidades de mobilização social e política eram inquestionáveis, ao se mobilizarem para a construção do que denominamos campo do HIV/Aids, marcaram o período em que a epidemia chegava ao Brasil, mas, também, os contornos que as políticas de enfrentamento à síndrome ganhariam no País.

Especialmente ao longo das décadas de 1980 e 1990, esses atores foram responsáveis tanto pelo desenvolvimento de ações visando a conquista de direitos às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), como pelas intensas reivindicações por eles impostas aos gestores governamentais no que concerne à introdução da Aids na pauta da saúde pública (TEIXEIRA, 1997; GALVÃO, 2000). Um bom exemplo do papel exercido pelos movimentos sociais no campo do HIV/Aids no Brasil, foi a formulação do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids (DST/Aids) no âmbito da Secretaria da Saúde de São Paulo (SES/SP), que, em 1983, fruto da demanda de um grupo de representantes do movimento *gay* (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a; 2015b), tornou-se a primeira ação estatal de enfrentamento à epidemia no País.

No início da década de 1980, o País vivia uma conjuntura em que importantes debates sobre políticas sociais, com grande enfoque à saúde, eram realizados contando com a participação de um amplo espectro da sociedade brasileira. A presença e forte participação de militantes e intelectuais de diversas áreas (movimento homossexual, de profissionais do sexo, de travestis e transexuais, de hemofílicos, médicos sanitaristas, etc.), assim como de intelectuais desvinculados de movimentos e organizações identitárias, acadêmicos, profissionais da saúde, burocratas e agentes políticos, garantiu que o campo do HIV/Aids no Brasil fosse constituído sobre um terreno rico em debates e nuances. Acompanhando a complexidade da chamada “epidemia brasileira”, configurava-se no País um campo de atuação política e intelectual tão ou mais complexo.

Junto às primeiras ações estatais surgem as primeiras organizações não governamentais brasileiras no campo do HIV/Aids. De acordo com Barros (2013), as chamadas ONGs/Aids, organizações não governamentais que irromperam no âmbito da epidemia com objetivos diretamente relacionados ao enfrentamento à doença, surgiram após a implementação das primeiras políticas governamentais em âmbito subnacional, entre elas encontravam-se o Grupo de Apoio à Prevenção da Aids em São Paulo (GAPA/SP) - que foi financiado pela SES/SP – e, a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) - que fora financiada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) pela Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) -, essas, instituições governamentais que, à época, eram dirigidas por integrantes do movimento sanitário (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a).

Na medida em que não havia uma ação organizada para enfrentar a epidemia do HIV/Aids em nível federal, e poucas eram as Unidades Federativas (UF) com políticas de saúde minimamente ordenadas para lidar com a nova doença, coube às ONGs/Aids cumprirem o importante papel de preencher as lacunas deixadas pelo poder público, entre elas, as campanhas educativas e ações preventivas destinadas aos seus pares, os homens homo e bissexuais, as transexuais e travestis, e as(os) profissionais do sexo (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a; 2015b).

Diante da inércia do governo federal frente à infecção que se espalhava rapidamente pelo País - letargia, essa, explicada, principalmente, pela relação direta que se fazia entre a doença e as práticas sexuais de um determinado grupo

socioeconômico, o que, possivelmente, teria motivado o não reconhecimento dos primeiros casos diagnosticados como o início de uma epidemia -, coube à sociedade civil, no âmbito dos municípios responsáveis pelos primeiros diagnósticos, organizar-se para ofertar ações assistenciais às pessoas vivendo com HIV/Aids, além de práticas preventivas àqueles considerados mais expostos à infecção (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a). Essas primeiras ações subsidiariam, anos depois, o debate em torno da configuração do modelo de governança a ser adotado pela política nacional de enfrentamento à epidemia (AYRES *et al.*, 2012).

A pouca institucionalização dos espaços de enfrentamento à Aids engendrou distintas formas de organização e mobilização por parte de atores dispersos que perceberam no avanço da epidemia uma oportunidade para desenvolver novas interações e trazer à tona novas pautas. A sociedade civil organizada poderia ser compreendida, nesse contexto, como o ator, que nos termos de Fligstein (2007) e de Fligstein e McAdam (2012), constitui-se como socialmente hábil, uma vez que responsável por estabelecer os parâmetros da ação e dar início à organização do campo em questão.

Consideramos esse primeiro momento, que cobre o intervalo entre o início da epidemia no Brasil (1980) e a criação do PN-DST/Aids, em 1985 (através da Portaria Ministerial nº236/1985 [BRASIL, 1985]), como o episódio que marca a emergência do campo do HIV/Aids no País. Se, o campo se estabeleceu em um contexto de pouca institucionalização, em que múltiplos atores individuais e coletivos se mobilizaram em torno de diferentes significados atribuídos à nova epidemia, foi a partir da segunda metade da década de 1980 que ele passou a se estabilizar.

Quando o PN-DST/Aids surgiu em 1985 ele não apenas rompeu com o silêncio que imperava até então no Governo Federal, mas, também, respondeu às demandas da sociedade civil organizada e dos estados e municípios que, de forma isolada, já vinham enfrentando a epidemia recém-chegada ao Brasil (GALVÃO, 2000; GALVÃO, 2002).

Foi em meados da década de 1990 que o Ministério da Saúde passou a concentrar poder decisório e capacidade de financiamento das ações voltadas ao enfrentamento da epidemia de HIV/Aids no Brasil, esforçando-se para institucionalizar as resoluções e relações estabelecidas na década anterior. Sua atuação foi fomentada pela assinatura do Primeiro Acordo de Empréstimo com o

Banco Mundial (em 1993) – intitulado “Projeto de Controle da Aids e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)”, mas conhecido como Aids I (GALVÃO, 2000; GALVÃO, 2002; BANCO MUNDIAL, 2004; GRANGEIRO, 2010). Esse acordo, assim como os dois posteriores, foi estratégico tanto para a consolidação e expansão da resposta nacional em todas as regiões do País, quanto para o fortalecimento do Programa Nacional de Aids no âmbito do Ministério da Saúde.

O PN-DST/Aids, primeira iniciativa federal promulgada em um período em que existiam programas em apenas alguns estados e municípios brasileiros, foi responsável por centralizar as ações e os recursos financeiros e técnicos direcionados ao enfrentamento à epidemia. Ao longo de 17 anos (1985-2002) o Programa se manteve em atividade, sofrendo poucas modificações estruturais, apesar das alterações nos cargos diretivos federais. Não há dúvidas, portanto, de que o PN-DST/Aids concentrou, por mais de uma década, os recursos humanos, técnicos, políticos e financeiros e, com isso, as capacidades necessárias para viabilizar a gestão da política de Aids no País.

A solidez com que o campo do HIV/Aids no Brasil se reproduziu ao longo de quase duas décadas reverberou positivamente junto às organizações nacionais e aos organismos de financiamento internacionais. De modo que, com intuito de compreender os processos de transformação pelos quais o campo vem passando, delimitamos, como recorte de análise desta Tese, o período que inicia com as primeiras ações de enfrentamento à síndrome e vai até a criação e implementação da Política de Incentivo no âmbito do PN-DST/Aids.

Desde o início a construção da resposta nacional à Aids foi marcada por diferentes *settlements* (pactos) (FLIGSTEIN; McADAM, 2012), todos fortemente impactados, entre outras coisas, pelos importantes financiamentos oriundos do Banco Mundial (TAGLIETTA, 2006; PIRES, 2006; FONSECA, 2007; GRANGEIRO, 2010). Não há, portanto, como analisar a resposta brasileira à epidemia do HIV/Aids sem mencionar a atuação histórica dos organismos internacionais na construção dessas políticas em nível nacional (GALVÃO, 2000; GALVÃO, 2002; BANCO MUNDIAL, 2004; GRANGEIRO, 2010).

Ao Programa Nacional coube, portanto, centralizar uma importante parcela do poder técnico e político, de modo que sua atuação se tornou primordial nos processos de normatização, financiamento, planejamento, monitoramento e

avaliação das diferentes ações direcionadas ao combate da epidemia. O Ministério da Saúde operacionalizava parte das atividades, definindo com as instituições executoras seu desenho e sua abrangência. É importante mencionar que essa estratégia confrontava as diretrizes operacionais do – já implementado - SUS, cujas proposições apontavam para a descentralização enquanto instrumento de fortalecimento da atuação territorial.

Nesse período, entre 1993 e 2002, com recursos oriundos do Banco Mundial, as ações de prevenção foram financiadas pelo Ministério da Saúde através do PN-DST/Aids por meio de convênios firmados junto aos estados, DF e 56 municípios considerados estratégicos, e junto, ainda, às organizações da sociedade civil através de concorrência pública.

Embora esse período marque importantes conquistas no que diz respeito ao enfrentamento à epidemia no País, com avanços nos campos preventivos, assistenciais e de tratamento, o modelo de financiamento que subsidiava a resposta nacional foi criticado por ser considerado limitado, burocrático e pouco flexível, uma vez que as regras de financiamento do Banco Mundial, além de complexas, contrastavam com as premissas constitucionais que regem a saúde brasileira (PIRES, 2006; TAGLIETTA, 2006; FONSECA, 2007).

Na sequência, o cenário instaurado nos primeiros anos da década de 2000 representou um novo marco para as políticas de HIV/Aids ao desencadear um processo de readequação da política de Aids aos preceitos e dinâmica de funcionamento – via competências compartilhadas entre as três esferas de governo do SUS (GRANGEIRO, 2010).

Nesse período, considerando os limites relacionados à complexa estrutura gerencial em torno do PN-DST/Aids e a sua sustentabilidade financeira, passou-se a delinear estratégias de descentralização do poder decisório e do financiamento, reduzindo assim, a atuação do Ministério da Saúde nas respostas locais à epidemia. Estratégias de descentralização ganharam ênfase no contexto de negociações em torno do que seria o Segundo Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial (Aids II), em 2002, cujas diretrizes enfatizavam a transferência das atribuições e dos recursos

financeiros federais para o nível local, em consonância com os delineamentos da política nacional de saúde²⁴ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em 2001, o Programa Nacional de DST e Aids, do Ministério da Saúde, iniciou uma discussão envolvendo os Programas Estaduais e Municipais de DST e Aids, Organizações da Sociedade Civil (OSC) e representantes das instâncias colegiadas dos SUS, buscando novas formas de financiamento e de sustentabilidade das ações de HIV/Aids e outras DST, alinhado aos mecanismos regulares de financiamento do SUS e que permitisse uma maior abrangência populacional e de cobertura dos casos de Aids notificados no País (BRASIL, 2006, p.5).

Como podemos observar na Tabela 1, os dois acordos firmados com o Banco Mundial – Aids I e II – foram fundamentais para ampliar e fortalecer a resposta de estados e municípios frente à epidemia.

Tabela 1: Número de Estados e Municípios brasileiros beneficiados pelos Projetos Aids I e II

Região	Nº de Estados beneficiados pelo Aids I, por região	Nº de Municípios beneficiados pelo Aids I, por região	Nº de Estados beneficiados pelo Aids II, por região	Nº de Municípios beneficiados pelo Aids II, por região
Norte	1	1	Zero	Zero
Nordeste	6	6	1	5
Centro-Oeste	3+DF	4	Zero	Zero
Sudeste	4	23	2	3
Sul	3	5	2	9
TOTAL	26+DF	39	5	17

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo site oficial do Banco Mundial (BANCO MUNDIAL, 2020).

Em dezembro de 2002, por meio da Portaria Ministerial nº 2.313 (BRASIL, 2002), foi instituído o Incentivo aos Estados, Distrito Federal e Municípios, no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST e Aids, a partir do qual o financiamento das ações para enfrentamento da epidemia da Aids passou a ser realizado através de transferência fundo a fundo, alinhando-se, dessa forma, ao

²⁴ As transferências fundo a fundo foram estabelecidas pelo Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994 (BRASIL, 1994). Desde então os repasses dos recursos do SUS são realizados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal.

conjunto da área da saúde. Implementada a partir de 2003, a Plnc foi aderida por 508 municípios integrantes dos 26 estados brasileiros e pelo Distrito Federal, cobrindo, assim, 9,12% dos 5.570 municípios existentes no País. Cerca de 51,77% dos municípios que aderiram à Política encontram-se na região Sudeste, seguida pela região Sul, embora sua participação não chegue a 20%, como podemos observar na Tabela 2.

Tabela 2: Número de Estados e Municípios brasileiros que aderiram à Política de Incentivo (2002)

Região	Nº de Estados que aderiram à Plnc por região	% em relação ao total de Estados que aderiram à Plnc	Nº de Municípios que aderiram à Plnc por região	% em relação ao total de Municípios que aderiram à Plnc
Norte	7	25,92%	21	4,13%
Nordeste	9	33,33%	92	18,11%
Centro-Oeste	3 + DF	14,81%	31	6,10%
Sudeste	4	14,81%	263	51,77%
Sul	3	11,13%	96	19,89%

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo site oficial do Banco Mundial (BANCO MUNDIAL, 2020).

Acredita-se que a implementação da Plnc foi uma das estratégias de descentralização que mais impactou no processo de redefinição das atribuições dos diferentes níveis de governo (PIRES, 2006; TAGLIETTA, 2006) e na própria conformação do campo de políticas de HIV/Aids. A política, sobretudo o seu mecanismo de financiamento, tal como o concebemos, não apenas favorece a pactuação de planos e metas entre gestores do SUS, como, também, procura respeitar os distintos graus de autonomia e responsabilidades de cada um deles, bem como suas capacidades de implementação. A partir dele, a elaboração de Planos de Ações e Metas (PAM) tornou-se uma exigência para efetivação do repasses financeiros no âmbito do PN-DST/Aids.

Os PAM devem ser apresentados pelo gestor de saúde local e aprovado pelos conselhos de saúde dessa mesma instância. Do mesmo modo, necessitam de um sistema de monitoramento, que acompanhe o alcance das metas propostas, sua execução financeira, o cumprimento das pactuações para aquisição de medicamentos e preservativos e a evolução de indicadores relacionados às ações de controle do HIV/Aids e DST (BRASIL, 2006; 2013).

A justificativa para a escolha do tema desta tese decorre da importância da Plnc, principalmente por ela implicar uma mudança disruptiva no contexto da política nacional de HIV/Aids. Como já vimos, foi a partir dela que o Brasil adotou o modelo de financiamento descentralizado; alterando, com isso, não apenas o fluxo e orientação dos recursos financeiros destinados aos estados, municípios e Distrito Federal, e às organizações não governamentais que operavam no âmbito da política de HIV/Aids, como, também, os arranjos institucionais existentes, requisitando, de cada um dos entes da federação envolvidos, novas capacidades técnicas, políticas e de gestão.

No que concerne à Plnc, há quem considere que ela possibilitou a ampliação da resposta nacional à epidemia e contribuiu para aumentar e efetivar a oferta de serviços para PVHA (FONSECA, 2007; GRANGEIRO, 2010). Contudo, algumas limitações são observadas em sua implementação, tais como, a indução de respostas mais restritas em estados e, principalmente, municípios, com baixa capacidade de gestão e articulação, e a redução e precarização das ações executadas pelas ONGs (que sofreram, a partir de 2002, um declínio de financiamento) (FONSECA, 2007), enquanto atores fundamentais na organização do próprio campo HIV/Aids no Brasil e na implementação de ações voltadas às populações vulneráveis e prioritárias.

Ademais, não obstante a relevância desse tema para a política de Aids nacional, ainda são escassos os estudos destinados à analisá-lo. Via de regra, os trabalhos existentes podem ser divididos em três grupos: aqueles destinados a tratar da política de descentralização em âmbito nacional (CASTRO, 2004; PIRES, 2006; PAIVA; PUPO; BARBOZA, 2006; GRANGEIRO *et al*, 2010; GRANGEIRO *et al*, 2011; GRANGEIRO *et al*, 2011); aqueles direcionados à análise da Plnc em âmbito municipal, tais como os estudos desenvolvidos sobre São Paulo (TAGLIETTA, 2006; BARBOZA, 2006; 2021; STANISE, 2008; MONTEIRO JÚNIOR, 2008; BARBOSA,

2011; BERNARDI, 2011), sobre o estado do Rio de Janeiro (SILVA, 2006; FONSECA *et al.*, 2007), sobre a Bahia (LANDIM, 2008), sobre Minas Gerais (MOURA; LEMOS, 2018) e sobre o Rio Grande do Sul (DUARTE, 2008; BERNARDI, 2014); e, por fim, aqueles direcionados à apreender os efeitos da descentralização financeira sobre as atividades das ONGs/Aids (CAMPOS, 2005; DANTAS *et al.*, 2013; SILVA; SILVA, 2013; KADRI, 2015).

Na tentativa de suprir, ainda que parcialmente, as lacunas que identificamos na revisão bibliográfica realizada acerca da Política de Incentivo – como, por exemplo, trabalhos mais atuais sobre a Plnc e que discutam a capacidade de planejamento dos municípios -, nesta Tese procuramos atualizar a discussão sobre a Plnc em nível nacional, vez que os trabalhos mais recentes datam de 2011 e analisam dados da política em 2006 (GRANGEIRO *et al.*, 2011) e 2008 (GRANGEIRO *et al.*, 2011). Da mesma forma, nos interessa compreender a Plnc à luz do referencial de análise das políticas públicas, em especial, a partir do arcabouço teórico da Teoria dos Campos da Ação Estratégica (TCAE) (FLIGSTEIN; McADAM, 2012) e das capacidades estatais (PIRES; GOMIDE, 2016).

Dada a complexidade da epidemia e suas consequências, bem como das intervenções (estatais e não estatais) direcionadas a enfrentá-la, faz-se necessário construir um quadro analítico que nos permita apreender os detalhes e as nuances do fenômeno por ela constituído. Desse modo, os elementos constituintes da história do HIV/Aids no Brasil nos levam a sustentar que a epidemia, no País, se institui como um fenômeno instigador e mobilizador de uma arena delimitada que dispõe não apenas de regras (formais e informais), de recursos (humanos, financeiros, políticos e simbólicos), mas opera, também, como um vetor impulsionador de relações de cooperação e disputas com outras arenas. Assumiremos, para fins da análise que aqui será empreendida, que em torno do vírus e da síndrome por ele causada, gravita, nos termos de Fligstein e McAdam (2012), um campo de ação estratégica (CAE). Definido, segundo os autores (*idem*), como uma arena circunscrita, o CAE é um espaço onde atores individuais e coletivos que, tendo designado um objeto de relação/disputa, cooperam e/ou concorrem entre si. Nesse sentido, esta Tese procurará responder duas questões centrais de pesquisa: **a)** como se formou o campo de ações estratégicas em torno do HIV/Aids no Brasil? Com os seguintes desdobramentos: *i)* quais são os momentos distintivos da

trajetória desse campo? *ii*) que disputas, regras e atores relevantes caracterizam esse setor? *iii*) quais as repercussões produzidas, nesse campo, pelo Plano Nacional de DST/Aids e pela Lei de Incentivo? **b**) quais foram as repercussões da Política de Incentivo sobre as capacidades estatais de planejamento em relação ao problema social do HIV/Aids, por parte dos governos municipais?

Tais questões de pesquisa encaminham para os seguintes objetivos deste estudo: **a**) compreender, a partir da TCAE²⁵ (FLIGSTEIN; McADAM, 2012), a constituição do campo de HIV/Aids no Brasil, seu surgimento, estabilidade e mudanças, desde meados da década de 1980 até 2013; **b**) dentro desse campo, analisar o papel do Banco Mundial e do Estado brasileiro (nos distintos níveis governamentais), bem como as interações entre esses atores; **c**) verificar se a implementação da Plnc influenciou a produção de capacidades estatais nos municípios que integram a política no tocante à proposição de ações relativas a cinco dimensões centrais da Política de Incentivo.

A TCAE, no nosso entender, permite enquadrar um assunto de pesquisa aparentemente restrito à análise de políticas públicas dentro do escopo da ação estratégica, com a incorporação de premissas e categorias das ciências sociais (FLIGSTEIN, 2007; FLIGSTEIN, McADAM, 2011, 2012). A partir desse *framework*, juntamente com o suporte do neoinstitucionalismo histórico (PIERSON, 2004), procurou-se analisar as condições sobre as quais o campo do HIV/Aids no Brasil emergiu, manteve-se estável, transformou-se e, ainda, as mudanças provocadas pela Plnc na política nacional de enfrentamento à epidemia.

Fligstein e McAdam (2012) propõem-se a explicar como os atores promovem mudanças ou dão início a processos de estabilidade social interagindo no interior de seus campos originários e/ou na interrelação com outros campos existentes. Eles chamam atenção para o fato de que a preocupação em torno da estabilidade e da mudança na dinâmica dos campos é essencial para o trabalho de vários teóricos, incluindo Bourdieu e Wacquant (1992), DiMaggio e Powell (1996, 2001b), Martin (2003) e Scott e Meyer (1983).

Quanto à noção de capacidades estatais, é relevante mencionar que apesar do conceito ter uma longa história nas Ciências Sociais, ele vem sendo definido de distintas formas por autores diversos (CINGOLANI, 2013; PIRES; GOMIDE, 2016).

²⁵ Para uma discussão mais aprofundada acerca da TCAE, ver capítulo quatro desta Tese.

Nesse momento, a título introdutório, tomaremos capacidade estatal como as “habilidades e competências do Estado em estabelecer e realizar seus objetivos” (PIRES; GOMIDE, 2006, p.124).

Enquanto capacidades do Estado, destacamos a de planejamento, a qual no que tange ao campo em análise, foi concebida historicamente de forma centralizada, constituindo-se como responsabilidade do PN-DST/Aids de âmbito federal. No que diz respeito aos municípios, poucos, além dos próprios governos estaduais precisavam desenvolver alguma modalidade de planejamento e monitoramento no âmbito do HIV/Aids. Respondendo, principalmente, às demandas do organismo internacional, eles recebiam o aporte necessário para a execução local. Quando a descentralização financeira é realizada, esses municípios passam a integrar a Plnc, devendo, a partir daí, definir as prioridades e executar as ações locais no campo da Aids. Planejar, monitorar e avaliar as ações, estabelecer relações com a sociedade civil, e prover recursos financeiros adicionais, quando necessário e/ou conveniente.

Apesar do treinamento destinado aos governos subnacionais para que tal competência fosse incorporada, o tempo necessário para apreensão e adaptação parece não ter sido o mais adequado. Como exemplo é relevante mencionar a avaliação do próprio Banco Mundial quanto ao primeiro empréstimo, em que os relatores afirmavam a dificuldade encontrada pelos gestores em produzir planejamentos coerentes e factíveis (em que pese o período transcorrido para implementação do recurso) e, posteriormente, já na segunda avaliação, elogiavam os resultados alcançados pelos gestores estaduais (BANCO MUNDIAL, 2004). Ao longo desses dois períodos (1994-1998 e 1999-2002), marcados pelos empréstimos internacionais, o PN-DST/Aids, em âmbito federal, sofreu poucas alterações no seu quadro de gestão, de modo que se pode falar que a capacidade de planejamento e monitoramento foi constituída pelos gestores a partir de um acúmulo de experiências, saberes adquiridos e intervenções da agência financiadora. Realidade que não se repetiu no cenário de descentralização financeira no País, a partir dos primeiros anos da década de 2000, no que concerne às responsabilidades crescentes assumidas pelos governos municipais, no tocante à questão pública em análise.

Assim, apresentamos a hipótese que guia nossa investigação. Consideramos que a trajetória da resposta nacional à epidemia no Brasil possa ser dividida em,

pelo menos, três momentos: emergência do campo (1980 até o fim de 1985), estabilidade do campo (1986 até o final de 2002) e reorganização do campo (2003 até 2013), de acordo com a perspectiva da TCAE (FLIGSTEIN; McADAM, 2012). A partir dessa classificação, seguindo a indicação metodológica de Fligstein e McAdam (2012, p. 114), analisamos o HIV/Aids como um campo estável, procurando apreender quem eram os atores que integravam o CAE em cada um desses episódios, qual era o “assentamento” em vigor e como esse conjunto de entendimentos se manteve ao longo do tempo.

Nesse sentido, para o desenvolvimento da Tese e de forma a responder as questões de pesquisa, percorremos os seguintes passos metodológicos: **i)** reconstrução da história da epidemia no mundo e no Brasil; **ii)** análise do campo de ação estratégica das políticas de Aids no Brasil e da Plnc, em particular e, **iii)** análise dos dados gerais sobre os PAM de todos os municípios participantes da Plnc no período 2003 a 2013 ; **iv)** análise detalhada da implementação dos PAM em uma amostra de 248 municípios brasileiros que aderiram à Plnc entre 2006 e 2013 (em 2006 completou-se a inserção de municípios), a fim de levantar informações que pudessem ser utilizadas como *proxy* da presença (ou não) de capacidades estatais no tocante à ações de planejamento relacionadas com as dimensões presentes nos planos.

Tanto o item *i* quanto o *ii* serão operacionalizados a partir de revisão bibliográfica de artigos científicos (BIOLCHINIETAL, 2007), pesquisa documental na *web* (leis, Plano de Ações e Metas [PAM], monitoramento dos PAM, etc.) (THIOLLENT, 1986; GIL, 2008; SAMPIERI *et al.*, 2013) e compilação de dados secundários.

A revisão bibliográfica foi realizada de acordo com o modelo apresentado por Biolchinietal (2007), de modo que ao protocolo foram acrescentados **i)** objetivo de pesquisa, **ii)** a estratégia adotada para utilizar as máquinas de busca, **iii)** os critérios para seleção de estudos, **iv)** os procedimentos para seleção dos estudos e, **v)** a extração dos resultados. Assim, através dessa metodologia buscamos identificar o estado da arte em relação à descentralização financeira, fruto da Plnc (Portaria nº 2.313, BRASIL, 2002), sancionada pelo Ministério da Saúde brasileiro, no âmbito do PN-DST/Aids. Como estratégia de busca para seleção dos estudos primários, definimos as fontes de estudos, idiomas e palavras-chaves. Considerando que

grande parte dos trabalhos dedicados à temática do HIV/Aids é publicado, além de seu idioma original, em inglês, definimos essa e a língua portuguesa como os dois principais idiomas. Quanto às palavras-chave, foram buscados os seguintes termos: descentralização financeira-aids; política de incentivo-aids, aos quais foram acrescentados aspas e termos condizentes com a formação de *strings* (AND, OUR, NON). As principais fontes para seleção de estudos foram *Google Scholar*, Portal de Periódicos da Capes, Scielo e Sabi UFRGS.

Foi definido como critério de inclusão dos trabalhos: **i)** trabalhos publicados e disponíveis integralmente em bases de dados científicas ou em versões impressas. E, enquanto critérios de exclusão: **i)** trabalhos publicados como artigos curtos ou pôsteres; **ii)** trabalhos sem revisão por pares (no caso de artigos); **iii)** após análise dos resumos, caso não houvesse correspondência com a temática em análise.

Estipulou-se como critério de qualidade dos estudos primários selecionados que o trabalho deveria ter sido publicado em periódico ou anais de eventos com revisão por pares, no caso de artigos, e aprovados por banca examinadora quando fossem trabalhos de conclusão de curso, especialização, mestrado ou doutorado.

Quanto ao processo de seleção dos estudos primários, foram construídas *strings* com as palavras-chave e seus sinônimos. As *strings* foram submetidas às máquinas de busca e após a leitura do resumo e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão o trabalho foi selecionado (se confirmada sua relevância pelo principal revisor). Dos resultantes, foram extraídos e sintetizados os dados básicos, bem como, as palavras-chave, métodos, abordagens teóricas e resultados de pesquisa.

Dessa pesquisa, pré-selecionamos 35 trabalhos (Apêndice C), dentre os quais 10 foram excluídos, após análise dos resumos, por não apresentarem correspondência com o tema pesquisado. Três trabalhos não se enquadraram nos critérios de inclusão, no entanto, optamos por incluí-los, ainda que com ressalvas, vez que dois deles foram produzidos por gestores (DANTAS *et al.*, 2013; SILVA; SILVA, 2013), enquanto o outro foi elaborado no âmbito de um seminário organizado pelas ONGs/Aids (PIMENTA *et al.*, 2011).

Realizamos, também, pesquisa documental e coleta de dados secundários em Boletins Epidemiológicos de HIV/Aids, nos sites da UNAIDS, da Plnc e dos PAM.

Os itens *iii* e *iv* dos supracitados procedimentos metodológicos, por sua vez, foram realizados por meio de pesquisa nos PAM de 2003²⁶ a 2013, em busca de informações gerais sobre a incorporação paulatina dos governos subnacionais (estados e municípios) à Plnc. E, para um maior detalhamento das informações dos Planos preenchidos no período que incorporou a integralidade dos municípios – 2006 a 2013 - elaboramos uma amostra de municípios, criada a partir de uma base de dados no SPSS contendo os 508 municípios²⁷, na qual se efetuou uma partição aleatória, criando-se duas subamostras (AmostraA, n=248²⁸ e AmostraB, n=260). Selecionada a AmostraA, os registros foram retirados, um a um, do site pam.aids.gov.br²⁹, copiados em Excel para, a seguir, serem trabalhados. Foram coletadas as seguintes informações: perfil e tendências da epidemia de HIV/Aids e outras DST; prevenção-proteção, diagnóstico-tratamento-assistência, gestão e desenvolvimento institucional, parceria com organizações da sociedade civil (OSC), técnicos responsáveis pelo preenchimento dos PAM.

Os resultados da Tese são apresentados na forma de nove indicadores que expressam as cinco dimensões citadas. Esses indicadores foram elaborados como percentuais de preenchimento relativos aos sete anos da série histórica (os quais perfazem 100% das observações). Também são analisadas especificidades do preenchimento dos PAM, notadamente, a identificação da presença de técnicos diretamente envolvidos e a profissão/ocupação dos elaboradores dos Planos.

A articulação dos três passos metodológicos caracteriza a pesquisa desenvolvida nesta Tese como sendo de metodologia mista. Entende-se os métodos mistos como:

[...] um conjunto de processos sistemáticos e críticos de pesquisa e implicam a coleta e a análise de dados quantitativos e qualitativos, assim como a sua integração e discussão conjunta, para realizar inferências como produto de toda a informação coletada (metainferências) e conseguir

²⁶ Os PAM referentes ao ano de 2003 trazem um conjunto de dimensões distintas daquelas que são operacionalizadas a partir de 2004, razão pela qual foram analisados separadamente.

²⁷ A lista com os municípios que aderiram à Plnc encontra-se no Apêndice A.

²⁸ A lista com os municípios que compuseram a Amostra A encontra-se no Apêndice B.

²⁹ Esse site permite que a população geral acesse os PAM de todos os municípios e secretarias estaduais que aderiram à política. Nele é possível consultar os planos de ações e metas, repasse de recursos e também o monitoramento dos PAM. Maiores informações sobre como acessá-lo estão disponíveis no Apêndice F.

um maior entendimento do fenômeno em estudo (HERNÁNDEZ; SAMPIERI; MENDOZA, 2008 *apud* SAMPIERI *et al.*, 2013, p.550).

O presente trabalho está estruturado em duas partes, além desta Introdução e das Considerações Finais. A primeira parte – a gestão do medo – é composta por dois capítulos a partir dos quais procuramos analisar como diferentes populações enfrentaram distintas epidemias ao longo do tempo, bem como esses fenômenos de ordem biológica ganham contornos sociais, econômicos e políticos, tornando-se ainda mais complexos.

A segunda parte – a gestão de uma epidemia – é composta por quatro capítulos. Neles procuramos analisar a passagem do medo ao enfrentamento da epidemia, principalmente no caso brasileiro. Analisamos, desta forma, a emergência do campo do HIV/Aids no Brasil, a consolidação do PN-DST/Aids, as crises geradas nesse processo e a implementação da PInc no âmbito do Programa Nacional.

A Tese é composta, ainda, por sete apêndices, sendo eles: **a)** lista de municípios brasileiros que aderiram à PInc; **b)** lista com os 248 municípios que compuseram a base de dados (subamostra aleatória – AmostraA); **c)** condução da revisão bibliográfica da literatura; **d)** linha do tempo: a Aids no cenário global (1981-2015); **e)** linha do tempo: a Aids no cenário nacional (1981-2017); **f)** Plano de Ações e Metas (PAM); **g)** Percentuais de preenchimento, por dimensão, Brasil e estados brasileiros.

PARTE I

A GESTÃO DO MEDO

2 AS PRIMEIRAS REAÇÕES DIANTE DE UMA NOVA EPIDEMIA

A Aids, diferentemente do que se pensava no início da epidemia, longe de ser uma enfermidade que afeta indivíduos isoladamente e se restringe a questões essencialmente biomédicas é, sobretudo, produto de estruturas sociais, culturais e econômicas (PARKER, 1994; HELMAN, 2009). Razão pela qual, autores como Richard Parker defendem que o

[...] HIV/Aids deve ser entendido, como todos os aspectos da saúde e da doença, como fundamentalmente coletivo – um constructo social que se molda dentro do contexto de sistemas sociais, culturais, políticos e econômicos altamente específicos, porém interligados e sobrepostos (PARKER, 1994, p.18).

Ao trazer o cenário e as condições sobre as quais o HIV/Aids emergiu no final do século XX, relacionando-o, inclusive, ao surgimento de outras epidemias que, igualmente, vitimaram a humanidade, menos do que debater sobre a possível origem do vírus e reconstituir uma trajetória histórica contínua e linear, nos interessa expor as relações de poder político, econômico e social que potencializaram a expansão da doença, permitindo que essa rompesse fronteiras transcontinentais.

Partindo da chamada “teoria do caçador”, segundo a qual os seres humanos entraram em contato com o sangue e fluídos de macacos e chimpanzés contaminados pelo vírus da imunodeficiência símia, cujas mutações genéticas teriam originado o HIV, Pepin (2011) defende que a epidemia da Aids pode ser considerada uma “tragédia colonial”. Para ele, as profundas mudanças³⁰ sociais e econômicas geradas pelo processo de colonização sofrido pelo continente africano na primeira metade do século XX

³⁰ Pepin (2011) menciona, por exemplo, as cidades coloniais na África Central que, criadas por europeus eram, prioritariamente, povoadas por africanos. Nesses locais o estilo de vida das sociedades tradicionais africanas sofreu mudanças drásticas, o que poderia explicar o processo de propagação do vírus nessa região. Em muitas dessas cidades encontrava-se uma superpopulação masculina, sendo compostas majoritariamente por jovens trabalhadores. Esses homens, em sua maioria, solteiros, encontravam na crescente prostituição uma forma de se manterem sexualmente ativos. O aumento do número de profissionais do sexo e, conseqüentemente do mercado em torno da prostituição nessas áreas, foi, segundo Pepin (2011), uma das formas que facilitou a disseminação de doenças sexualmente transmissíveis, entre elas, o HIV/Aids, na África Central.

criaram as condições para que o vírus sofresse as mutações que o tornaria mais virulento e mortal e fosse disseminado pelo mundo, dando início à pandemia tal como a conhecemos. Seguindo essa trilha, é sob as perspectivas histórica, política, econômica e social, que abordaremos a epidemia da Aids neste trabalho.

2.1 Doença e medo: um olhar a partir da história

Todos os dias ouvíamos inumeráveis histórias trágicas sobre isso. Às vezes, um homem ou mulher caía morto no próprio mercado, já que muitas pessoas tinham a peste e não o sabiam até que a gangrena interior atingisse os órgãos vitais, quando morriam em poucos minutos. Isso fez com que muitos, seguidamente, morressem de repente pelas ruas, sem qualquer aviso. Outros tinham tempo para ir até a banca ou tenda mais próxima ou até o pórtico, apenas sentar-se e morrer [...]. (DEFOE, 2014 [1772], p.46)

[...] Começaram a fechar casas nas paróquias de *St Giles-in-the-Fields*, *St Martin*, *St Clement Danes* etc. Isto foi um grande sucesso. Em várias ruas onde surgira a peste, com rigorosa vigilância das casas contaminadas e cuidando para enterrar aqueles que morriam imediatamente depois da constatação de suas mortes, a peste desapareceu naquelas ruas. (idem, p.24)

As epígrafes que abrem este capítulo correspondem a trechos da obra ficcional de Daniel Defoe “Um diário do ano de peste”, originalmente publicada em 1772. O autor utilizou a narrativa jornalística para descrever a propagação da Peste Bubônica em Londres (conhecida também como a grande peste de Londres), entre os anos de 1665 e 1666 - uma das muitas manifestações epidêmicas da doença. A Peste Bubônica³¹, também chamada de Peste Negra,

³¹ Em termos clínicos, a doença manifesta-se primeiro através de bolhas escuras, inchaços que, localizados normalmente nas axilas, pescoço e testículos, eram chamados de bubões, razão pela qual a enfermidade passou a ser chamada de Peste Bubônica. Em uma segunda

é uma infecção conhecida desde o século X e, apesar de encontrarmos referências à sua letalidade em diversas partes do mundo e em diferentes épocas (FERNANDÉZ, 1985; VALDEÓN, 1985a, 1985b; HORROX, 1994; BYRNE, 2006), foi durante a baixa Idade Média que ela encontrou as circunstâncias necessárias para se proliferar³² por diversas partes do globo.

Ocorrências da doença, disseminada principalmente por roedores hospedeiros de pulgas contaminadas pela bactéria causadora da infecção³³, já haviam ocorrido em solo europeu em outros momentos (como, por exemplo, na Itália, em 442, período em que o Império Romano precisou lidar com a chamada “peste justiana” [em referência ao Imperador Justiniano]); mas, também, em alguns territórios da Ásia e norte da África (Egito, Marrocos, etc.). Contudo, uma de suas manifestações mais devastadoras aconteceu entre 1347 e 1351, quando a moléstia levou cerca de 25 milhões de europeus, um terço da população da europeia, à morte (FERNANDÉZ, 1985; VALDEÓN, 1985a, 1985b). A partir desse momento, ela ficou conhecida como uma das epidemias mais mortais da história (HORROX, 1994; BYRNE, 2006).

Em 1349, o Papa Clemente VI, em documento intitulado *Vitae Papparum Avenionensirun*, diante das proporções “globais” assumidas pela Peste Negra, relata o que parecia ser o fim dos tempos orquestrado por “vingança divina”:

fase, os acometidos pela infecção apresentam manchas pretas na pele, daí a denominação Peste Negra (PANCHÓN, 1985).

³² Acredita-se que a Peste Bubônica chegou à Europa em virtude da interação comercial estabelecida entre Oriente e Ocidente em meados do século XIV, e lá encontrou um cenário propício para sua proliferação. Nesse período, a população europeia, que tinha acesso a péssimas condições sanitárias, viu-se diante de importantes mudanças climáticas - aumento de frio e chuvas e, conseqüentemente, perda de colheitas. A saúde já comprometida pelas mínimas condições de higiene associada à escassez de alimentos e ao aumento populacional que ocorrera à época (BYRNE, 2006; SLAVICEK, 2008) tornou a população local desnutrida e mais vulnerável a todo tipo de moléstia (VALDEÓN, 1985a, 1985b; HORROX, 1994).

³³ Estudos recentes questionam essa versão e apontam que os parasitas humanos, tais como piolhos e pulgas, mostram-se como uma explicação mais adequada para o surto, dada a rapidez com que a doença foi disseminada (BYRNE, 2006; SLAVICEK, 2008). Ademais, além do contato com parasitas contaminados, sabe-se atualmente, que a peste pode ser transmitida por via aérea o que, sem dúvida, potencializou o processo de propagação da doença (SLAVICEK, 2008).

[...] no ano do senhor 1349 houve em quase toda a superfície do globo uma tal mortalidade como raramente se terá conhecido outra. Com efeito, os vivos mal chegam para enterrar os mortos ou evitavam-nos com horror. Um terror tão grande se apoderou de toda a gente, que, mal uma chaga ou inchaço aparecia em alguém..., a vítima ficava privada de toda assistência ou mesmo abandonada pelos seus parentes... não é de admirar, pois quando numa casa alguém era atingido pelo mal e morria, muitas vezes todos os outros habitantes eram contaminados e morriam... mais, coisa temerosa de ouvir, os cães, os gatos, os galos, as galinhas e todos os outros animais domésticos sofriam a mesma sorte. Assim, os cães fugiam pelo medo; e muitos morriam por incúria... Outros, logo que atacados pelo mal..., eram transportados, sem a menor discriminação, para a fossa: assim um grande número foram enterrados vivos. A este mal acrescentou-se outro: ocorreu o ruído de que certos criminosos, particularmente judeus, deitavam nos rios e fontes venenos que faziam engrossar a peste. Por isso, tanto cristãos como judeus inocentes... foram queimados, mortos..., quando é certo que tudo aquilo (a peste) provinha da constelação ou da vingança divina [...] (PAPA CLEMENTE VI *apud* FREITAS, s.d).

A Peste assombrava e horrorizava não apenas por que se espalhava rapidamente, mas por eliminar, direta ou indiretamente, todo e qualquer rastro de vida. Em tempos de epidemia, com nos mostrou o relato de Papa Clemente VI, poucos saem ilesos. Em tempos de epidemia, pode-se morrer vitimado pela doença, pode-se morrer por ser considerado culpado pela doença.

A ciência dos séculos XIV ao XVII, período em que a Peste Bubônica ganhou contornos epidêmicos sem precedentes, não dispunha dos conhecimentos técnicos indispensáveis para compreender o agente causador da doença, tampouco conhecia os meios necessários para tratá-la³⁴ ou mesmo evitá-la. De modo que a Peste representou uma sentença de morte rápida e dolorosa³⁵ a todos aqueles que se viram diante dela. O desconhecimento perante uma enfermidade infectocontagiosa e potencialmente fatal, sobre a qual não se tinha nenhum controle ou entendimento, rapidamente conduziu as

³⁴ Ainda hoje são registrados casos de Peste Bubônica em todo o mundo, sendo uma infecção endêmica em muitos países da Ásia, África e Américas (OMS, 2016). Quando não tratada, a enfermidade apresenta um índice de mortalidade de 30% a 60%. Quando diagnosticada precocemente e tratada com uso de antibióticos aumentam as chances de cura (OMS, 2016).

³⁵ A doença afeta os nódulos linfáticos e causa gangrena (PANCHÓN, 1985). Após o surgimento dos primeiros sintomas mais da metade dos indivíduos infectados e não tratados, morre (PANCHÓN, 1985; BYRNE, 2006; SLAVICEK, 2008).

peessoas ao medo e, o desespero diante da morte iminente, determinou a forma como a ela reagiram.

A esse cenário, agrega-se a repulsiva constituição dos corpos doentes que, conforme Voltaire Schilling (2020), além da febre convulsionante e dos furúnculos, bubões e caroços que, do tamanho de ovos de galinha, tomavam o corpo dos doentes, apresentavam:

[...] os olhos inchados pela conjuntivite e os membros cobertos de pústulas, escarrando sangue e esvaindo-se em fezes enegrecidas, deixavam claro que a sua hora chegara e ninguém no mundo o salvaria. Neste momento de agonia, nos estertores de uma tremedeira sem-fim, ninguém mais se aproximava dele. Nem pai, nem mãe, nem irmão ou seu melhor amigo. Todos apavorados, debandavam, sumidos em fuga. Morria então só e pagão, pois mesmo os homens de Deus negavam-lhe a extrema unção por medo da contaminação.

O corpo doente trazia consigo não apenas as lesões e a lembrança da vida que fora por elas dizimada, mas também carregava a real possibilidade de morte a todos que lhe cercavam – ou, nos termos de Fernando Pessoa, os lembrava de sua condição de “cadáver adiado que procria” (1994, p.20) -, sendo, portanto, imprescindível, desfazer-se rapidamente dele e de tudo que por ele fora tocado. Nas palavras de Giovanni Boccaccio, cujo relato reitera o de muitos de seus contemporâneos, o pânico havia se alastrado de tal forma que diante da peste:

[...] Os homens se evitavam [...] parentes se distanciavam, irmão era esquecido por irmão, muitas vezes o marido pela mulher; ah, e o que é pior e difícil de acreditar, houve pais e mães que abandonaram os filhos à sua sorte, sem cuidar deles e visitá-los, como se fossem estranhos (BOCCACCIO, 2001 apud SIMONI, 2007, p.35).

Tratava-se da luta pela sobrevivência. E nessa arena, o poderoso adversário, aproveitando-se do desconhecimento humano e do horror que lhe é inerente, ceifava vidas, relações, afetos e confianças.

Assim, os estrangeiros foram responsabilizados por iniciar a epidemia – o que levou milhares de judeus e árabes à morte -, creditou-se a deus o castigo que se manifestava na putrefação em vida e, conseqüentemente, aos doentes os pecados pelos quais, invariavelmente, estariam sendo penalizados

(VALDEÓN, 1985a, 1985b; HORROX, 1994; BYRNE, 2006). Esses foram isolados em suas casas, muitas vezes sem assistência ou contato com seus entes próximos e, depois de mortos, sendo novamente tratados de modo excepcional, tiveram seus corpos lançados a valas públicas e coletivas. Sem trâmites funerários, sem longas despedidas e ritos religiosos que lhes acalentasse a partida (FERNANDÉZ, 1985; HORROX, 1994; BYRNE, 2006; SLAVICEK, 2008).

Nos anos que se seguiram, a humanidade ainda assistiria ao advento de muitas epidemias. E algumas delas guardariam entre si características análogas. O medo da aniquilação física; a visão maniqueísta a partir da qual se dividia o mundo entre “inocentes”/ “saudáveis” e “culpados”/ “doentes”; a crença de que os doentes foram amaldiçoados se não pelos deuses, por seus inimigos e, a certeza de que a doença dizia respeito ao “outro”. E, na medida em que se tratava da moléstia que vítima sempre um “outro”- um “outro” culpado, amaldiçoado e em constante flerte com a morte -, tornava-se necessário segregar, excluir, marginalizar. Só assim as identidades forjadas pela epidemia em questão garantiriam que os “saudáveis” não fossem confundidos ou moralmente cotejados aos “doentes” que eram, muitas vezes, equiparados ao próprio mal que lhes acometia.

Assim aconteceu com a epidemia de sífilis e de tuberculose (TB). Outros inúmeros exemplos poderiam ser dados, mas a história dessas doenças se aproxima, de modo geral, à da peste com que iniciamos esta discussão e, em especial, à da Aids – a moléstia sobre a qual efetivamente iremos nos debruçar.

Foi no apagar das luzes do século XVI que a Europa conheceu o poder devastador daquela que seria denominada de “Mal de Nápoles”, “Mal Francês”, “Mal Polonês”, “Mal Germânico”, “Mal Espanhol”, “Mal Cristão” (GERALDO NETO *et al.*, 2009, p.127-8) ou qualquer que fosse o povo considerado inimigo daquele que se via vitimado pela doença que, apenas em meados do século XVIII, passaria a ser conhecida como sífilis.

Tendo sua disseminação facilitada pelo processo migratório – assim como ocorre com outras doenças -, a sífilis encontrou na campanha militar

liderada pelo rei francês Carlos VIII, em fevereiro de 1495, a oportunidade para se disseminar pelo continente europeu. Contando com um exército composto por “12 mil homens que eram [...] em grande parte mercenários recrutados em várias nações” e uma “legião de prostitutas” (GERALDO NETO *et al.*, 2009, p.128), Carlos VIII, que reivindicava o reino de Nápoles, entrou em Roma e após perder a batalha, fora forçado a seguir rumo ao norte da Itália. Entre batalhas, conta-se que o exército francês promovia grandes orgias, de modo que uma das invasões por eles promovida ficou conhecida como a “guerra da fornicação” (idem, p.128).

Não é fortuito que tenham passado a documentar a história da sífilis em julho de 1495, poucos meses antes da dissolução do exército e dos mercenários que o compunham retornarem para seus locais de origem. Nesse mesmo ano, foram registrados casos na Itália e no sul da França. No ano seguinte, em Paris, Alemanha, Istria e Trácia³⁶ (GERALDO NETO *et al.*, 2009, p.129). Em 1497, casos de sífilis foram identificados na Inglaterra e na Escócia. E, em menos de uma década, a doença já havia avançado e se espalhado por todo o continente europeu.

À semelhança do que acontece com outras patologias infecciosas, nos primeiros anos da epidemia, a sífilis³⁷ apresentava-se extremamente virulenta e letal (ROTSCHILD, 2005). Os primeiros relatos a descreviam como “uma doença feia, repugnante e assustadora” (YSLA, 1539 *apud* GERALDO NETO *et al.*, 2009, p129), bem como mencionavam a gravidade das lesões, a rapidez com que a infecção avançava e se agravava e a impotência dos médicos diante do grande sofrimento apresentado pelos doentes.

³⁶ Região histórica localizada no sudeste europeu. Atualmente é dividida entre a Grécia, Turquia e a Bulgária.

³⁷ O desenvolvimento da sífilis se dá em quatro fases. Em sua fase **primária**, a infecção apresenta lesões no local de entrada da bactéria (pênis, ânus, vagina, boca, etc.), o cancro duro; a fase **secundária** inicia após latência de 6 a 8 semanas e se manifesta por diversos tipos de lesões cutâneas; a fase **latente**, diz respeito ao momento em que a infecção não apresenta nenhum sintoma, podendo ser diagnosticada apenas através de testes imunológicos; a **terciária**, por sua vez, ocorre quando, após a latência de um ano a décadas, surgem lesões localizadas, graves e destrutivas na pele e órgãos internos (AVELLEIRA, BOTTINO, 2006).

Sendo, como tantas outras, uma doença do “outro”, do “estrangeiro” (CARRARA, 1996; 1997), quando a transmissibilidade sexual foi identificada (ROTSCHILD, 2005), a sífilis tornou-se consequência óbvia da luxúria e, associada à punição divina destinada aos “imorais”, gerava medo e segregação:

Os sífilíticos eram segregados como os leprosos³⁸. Multidões de doentes afluíam aos hospitais que não tinham como atendê-los e nem queriam. Em Paris, o governo local tentou colocar os doentes em celeiros numa abadia próxima a uma colônia de leprosos, provocando a reação desses, que temiam tal vizinhança. (GERALDO NETO *et al.*, p.129, 2002).

Quanto à tuberculose, enfermidade presente desde os primórdios da humanidade³⁹ (DANIEL, 1999; BYNUM, 2012), dado que sua transmissão se dá via aérea, acredita-se que possa ter sido disseminada com mais rapidez e efetividade a partir do momento que os humanos deixavam de ser nômades para viver coletivamente em aldeias. Isso porque, segundo Geraldo Neto (2002), quanto maior o número de pessoas presentes em áreas fechadas, maiores as possibilidades de contaminação por TB.

Primeiramente associada a um castigo divino, foi com Hipócrates, na Grécia em XXX a.C., que a doença passou a ser vista como uma desordem física natural – daí a denominação Tísica – e, que, portanto, exigiria cuidados terapêuticos (DANIEL, 1999; FINER, 2003; BYNUM, 2012). Ademais, na longa história social da TB, outras associações e referências foram feitas tanto à doença, quanto aos por ela acometidos.

Tenha sido ela chamada de “peste branca”, em clara associação à peste bubônica e aos indícios físicos causados pela infecção (DANIEL, 1999;

³⁸ Considerada uma das doenças mais antigas da humanidade, cujos primeiros registros datam de 600 a.C., a Hanseníase, anteriormente denominada Lepra, é uma doença crônica e transmissível originária da Ásia e da África. No Brasil, a doença passou a ser chamada de Hanseníase em 1976, momento a partir do qual tanto o nome Lepra quanto seus adjetivos foram proibidos no país. O objetivo da mudança na nomenclatura era minimizar o preconceito e o estigma – ainda hoje - relacionados à doença e àqueles por ela infectados. Causada pelo bacilo *Micobacterium Leprae*, a doença atinge principalmente a pele e os nervos periféricos, tornando-se, quando não tratada, incapacitante (PORTAL SAÚDE/MS, s.d.).

³⁹ Há relatos de evidências de tuberculose em ossos pré-históricos encontrados na Alemanha, datados de 8 mil anos a.C (CONDE; SOUZA; KRITSKI, 2002).

BYNUM, 2012), ou associada às almas tristes, poéticas e românticas, que ceifava jovens vidas entre os séculos XVII e XVIII (BARNES, 1995; BERTOLLI FILHO, 2001; FINER, 2003), o fato é que a TB parece ter obtido as marcas que lhe garantem o contorno atual ainda em meados do século XVIII quando a Revolução Industrial eclodiu na Europa (BARNES, 1995; DANIEL, 1999; BYNUM, 2012).

Diante do êxodo rural e da expansão dos centros urbanos, reflexo das transformações econômicas e sociais que tiveram lugar a partir da Revolução Industrial na Inglaterra, a população se viu diante de um profundo empobrecimento e da perda de qualidade de vida (BARNES, 1995; DANIEL, 1999; BYNUM, 2012). Foi assim que as precárias condições alimentares e sanitárias levou uma parcela significativa da população europeia ao adoecimento por TB, momento em que se passou a discutir sobre a necessidade de garantir o isolamento dos doentes, tanto para que tivessem acesso à alimentação, repouso e climas mais amenos (DANIEL, 1999; BERTOLLI FILHO, 2001; FINER, 2003; BYNUM, 2012), quanto para evitar o processo de disseminação da epidemia. Não obstante as claras intenções que a prática do isolamento tinha em relação ao bem-estar dos indivíduos acometidos pela tuberculose, com frequência fez-se uso da força para levá-los aos sanatórios (DANIEL, 1999; BERTOLLI FILHO, 2001; FINER, 2003; BYNUM, 2012). Muitos dos quais, inclusive, localizavam-se a grandes distâncias de seus locais de origem. De forma semelhante, queimavam-se os pertences particulares dos doentes, como forma de prevenir que a doença se alastrasse (BARNES, 1995; FINER, 2003; BYNUM, 2012).

Na esteira da trajetória de outras epidemias que vitimaram a humanidade, a Aids além de carregar o – já suficientemente pesado - fardo de ser uma moléstia incompreendida, transmissível, incurável e fatal, também incorporava e atualizava o medo, a segregação, o estigma, a culpabilização e toda sorte de meios sociais e simbólicos passíveis de serem manejados na tentativa de distinguir o Eu-saudável do Outro-doente. De modo que, já no final do século XX, novamente diante do desconhecimento frente ao alastramento de uma epidemia, coube ao medo ditar as regras do enfrentamento surgente.

Seis séculos separam uma das maiores e mais trágicas epidemias⁴⁰ já documentadas – a Peste Bubônica - da pandemia da Aids. Ao longo desse ínterim, tecnologias médicas passaram a fazer parte do cotidiano da maioria das sociedades humanas. Cada vez mais, desvinculadas das ontoepistemologias religiosas, importantes e letais epidemias foram controladas. O século XX, em especial, viu florescer grandes descobertas e com elas a cura de muitas moléstias. O surgimento e aprimoramento dos antibióticos, assim como o desenvolvimento de novas vacinas (UJVARI, TARSO, 2014), permitiram que doenças, antes letais, pudessem ser, finalmente, contidas – a exemplo da tuberculose⁴¹, da varíola⁴², da malária e da febre amarela⁴³.

Cada vez mais distantes das acepções sobre corpo, doença e saúde em voga no longínquo século XIV, as conquistas médicas que emergiram a partir dos anos 1900 não avançavam apenas no que diz respeito ao tratamento e consequente contenção de enfermidades, mas também na ampliação do escopo de instrumentos destinados ao diagnóstico e à prevenção de doenças. Seja com o nascimento dos exames de imagens (radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, etc.), com o desenvolvimento de drogas que permitiam às mulheres um maior domínio sobre sua sexualidade e fertilidade (pílula anticoncepcional) ou mesmo com a possibilidade de gerar vida através de inseminação artificial ou de fertilização *in vitro* (UJVARI; TARSO, 2014), os principais avanços médicos desse período

⁴⁰ Sobre as diferenças entre os termos *epidemia*, *endemia* e *pandemia*, frequentemente utilizados neste trabalho, ver glossário em apêndice.

⁴¹ A epidemia de tuberculose encontrou seu auge entre os anos de 1850 e 1950, sendo efetivamente controlada a partir de 1950-60, com o desenvolvimento de antibióticos capazes de conter e curar a infecção (UJVARI, 2003; 2011).

⁴² A varíola, responsável pela morte de cerca de 300 milhões de pessoas entre 1896 e 1980, foi erradicada no início da década de 1980 após uma bem-sucedida campanha de vacinação em massa (UJVARI, 2003; 2011).

⁴³ Considerada uma das primeiras grandes descobertas do século XX, a comprovação de que mosquitos eram os responsáveis pela transmissão da malária e da febre amarela, permitiu que ações sanitárias fossem conduzidas com o intuito de controlar essas epidemias em áreas urbanas (UJVARI; TARSO, 2014).

apontavam para um maior controle sobre a qualidade e a expectativa de vida humana.

Foi com muita surpresa que no início da década de 1980 a comunidade médica e científica, à época já imersa em debates e práticas terapêuticas, políticas, legais e sociais inspiradas e pautadas na Declaração dos Direitos Humanos (MANN, 1995; 1996; PAIVA; PUPO; BARBOZA, 2006; PARKER; AGGLETON, 2003; AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012), assistiu a emergência de uma nova e avassaladora doença. A Aids não trazia à tona tão somente a dúvida e impotência, onde a ciência médica já havia fincado bandeiras de certeza e controle, mas carregava consigo o potencial retorno e agravamento de epidemias cujas doenças já contavam com tratamento, como a da sífilis e a da tuberculose (YANCEY, 2008; KAUFMAN, 2009).

2.2 Aids: a maior e mais complexa epidemia do século XX

[...] já houve tantas pestes quanto guerras na história da humanidade;
entretanto, as guerras bem como as pestes sempre pegam a população de surpresa (CAMUS, A peste).

“Decifra-me ou te devoro”. A frase proferida, sempre em tom ameaçador, pela Esfinge de Tebas, em Édipo rei, parece ter despontado da narrativa mitológica e ganhado as ruas, universidades, gabinetes políticos e os centros médicos no início dos anos 1980. À semelhança do que ocorria com viajantes que almejavam entrar em Tebas, vimo-nos diante de uma enigmática criatura e por ela fomos devastados e desafiados. Diferentemente, no entanto, da imponente Esfinge que, metade leão, metade mulher, protegia a entrada da cidade grega, lançando dia após dia o mesmo desafio e sussurrando às suas vítimas a mesma punição, o monstro que se apresentava no final do século XX era minúsculo, desconhecido, indetectável e imprevisível. Tão logo, porém, a

humanidade se viu diante dele, ficou claro que se não fosse impedido a tempo, deixaria um rastro de morte por onde quer que passasse.

Quase quatro décadas depois de seu surgimento, a Aids já não se apresenta mais como uma sentença de morte, mas ainda vem suscitando inúmeros questionamentos e alimentando teorias nos mais diversos campos do saber. Sejam questões envolvendo as possibilidades de cura, as formas de evitar sua expansão ou, ainda hoje, questões concernentes à sua origem, o HIV/Aids, não obstante todo o conhecimento já acumulado, ainda nos desconcerta com seus enigmas.

Se o isolamento do vírus da Aids pode ser considerado um dos marcos importante na história da epidemia, tendo oportunizado uma sequência de estudos genéticos e, conseqüentemente, o desenvolvimento de biotecnologias capazes de tornar uma patologia incurável e letal em uma síndrome tratável e crônica, elucidar sua origem poderia fornecer importantes informações sobre sua trajetória e evolução, antecipando-nos sobre seu comportamento e possíveis – ainda desconhecidos – riscos a ele associados, bem como evitar que outras zoonoses, tão ou mais infecciosas, sejam transmitidas aos seres humanos (PEPIN, 2011; UJVARI, 2011; WHITESIDE, 2017). Nesse sentido, embora haja consenso entre importantes cientistas da área de que o HIV surgiu do SIV, agente infeccioso presente em macacos e chimpanzés originários de algumas regiões da África (FORATTINI, 1993; GRMEK, 1995; BASTOS, 1997; PEPIN, 2011; UJVARI, 2011; WHITESIDE, 2017), ainda não se conseguiu determinar como uma zoonose benigna entre inúmeras espécies de primatas se transformou em um agente altamente virulento e maligno quando transmitido para o ser humano. Nessa mesma linha, até o momento, não há consenso sobre o que teria desencadeado a manifestação epidemiológica que fora detectada apenas no final do século XX, dado que, por um lado, a convivência entre primatas humanos e não humanos datam de milhares de anos (FORATTINI, 1993; WHITESIDE, 2017) e, por outro, o vírus da Aids já circulava entre populações humanas (PEPIN, 2011; UJVARI, 2011; UJVARI; TARSO, 2014) pelo menos 50 anos antes de sua disseminação intercontinental.

Posto isso, é principalmente em torno do processo que viabilizou que o vírus da Aids cruzasse a barreira entre espécies (WHITESIDE, 2017) que se apresentam as principais e mais controversas teorias. Entre elas, aquela que ganhou ampla notoriedade após a publicação do livro *The river: a journey back to the source of HIV and Aids* (1999), de Edward Hooper, talvez seja a mais polêmica⁴⁴. Hooper foi responsável por acrescer evidências, e com isso, dar mais visibilidade, à teoria segundo a qual o HIV foi introduzido entre os humanos após vacinas de vírus atenuado contra poliomielite⁴⁵ terem sido acidentalmente contaminadas com o SIV em meados dos anos 1950, quando foram desenvolvidas⁴⁶ e largamente testadas (MARTIN, 2003) no Congo por Hilary Koprowski.

O virologista norueguês foi acusado de ter cultivado uma cepa menos virulenta do poliovírus vivo – vírus que desencadeia a poliomielite - (MARTIN,

⁴⁴ O primeiro a propor a teoria da contaminação das vacinas contra pólio e, conseqüentemente, a transmissão acidental do HIV para os humanos, foi Louis Pascal, um estudioso independente, que, segundo Brian Martin (2003) submeteu no final da década de 1980, uma série de artigos acerca da origem da Aids e sua vinculação com as vacinas desenvolvidas por Koprowski ao *Journal of Medical Ethics* e outros periódicos médicos. A maioria dos artigos submetidos por Pascal não foi aceita e os que foram não receberam a atenção esperada da comunidade científica (MARTIN, 2003). Em 1992, no entanto, a teoria proposta por autor ganhou visibilidade quando o jornalista Tom Curtis publicou uma longa matéria, associando Aids e poliomielite, na revista Rolling Stone. A matéria intitulada “*The origin of Aids: a startling new theory attempts to answer the question ‘wals it an act of God or an act of Man?’*” (CURTIS, 1992), diferentemente dos artigos submetidos por Pascal, recebeu atenção de um grande contingente de cientistas, impulsionando críticas, cartas à revista, comentários em importantes periódicos médicos (MARTIN, 2003) e, inclusive, a convocação de uma comissão independente, pelo *Instituto Wistar* (onde a vacina foi produzida no Congo), para examinar a teoria lançada pelo jornalista (MARTIN, 2003). Da análise produzida pelo Instituto, concluiu-se que a possibilidade do vírus da Aids ser transmitido pelas vacinas produzidas contra poliomielite no Congo era extremamente baixa e, um ano após a publicação do artigo de Curtis, coube aos editores da Rolling Stone publicarem uma nota de esclarecimento sobre ele, isentando o pesquisador Koprowski da responsabilidade de introduzir o HIV em humanos (Rolling Stone, 1993). Em 1999, Hooper resgatou essa teoria, alicerçou-a sobre novas evidências e a tornou amplamente conhecida através da publicação de seu livro *The river*.

⁴⁵ Enquanto a vacina de Koprowski fora desenvolvida a partir do vírus de pólio (vivo-atenuado), a de Jonas Salk fora desenvolvida a partir de vírus inativo (morto) (NASCIMENTO, 2011).

⁴⁶ Não há consenso quanto ao pesquisador responsável pelo desenvolvimento da primeira vacina contra poliomielite. Alguns estudos apontam para o polonês Koprowski, enquanto outros mencionam Jonas Salk e há aqueles que creditam a Albert Sabin os testes que culminaram com a produção da vacina que se mostrou eficaz no combate a pólio (NASCIMENTO, 2011). As principais diferenças entre as vacinas desenvolvidas por Koprowski e Salk, ambas ministradas via injeções, têm relação com a condição do vírus utilizado nas pesquisas, vírus ativo e inativo, respectivamente. De todo modo, ambas foram desenvolvidas por norte-americanos, receberam aprovação do governo dos EUA e passaram a ser produzidas no mundo inteiro (NASCIMENTO, 2011).

2003) em células de alguns primatas, entre eles macacos e chimpanzés que já estariam infectados pelo SIV (CURTIS, 1992; MARTIN, 2003). Segundo essa teoria, a contaminação teria se dado, não por descuido ou má-fé do pesquisador, mas, sobretudo, pela impossibilidade de realizar triagens para SIV antes de 1985, ano em que o vírus fora finalmente descoberto. Sendo, portanto, o HIV transmitido para os seres humanos a partir de uma campanha de vacinação em massa liderada por Koprowski entre 1957 e 1960 em diversas regiões da África Central e da Europa (MARTIN, 2003; NASCIMENTO, 2011).

Apesar de muito contestada e amplamente desacreditada, é possível encontrar trabalhos, das mais diversas áreas do conhecimento (CRIBB, 1996; MARTIN, 1998; 2003; BAGASRA, 1999) dedicados a aprofundar essa teoria e investigar evidências que ajudem a fundamentá-la. De toda forma, sob essa perspectiva lança-se luz tanto para a possível responsabilidade humana em torno da disseminação da Aids, quanto às possíveis⁴⁷, e muitas vezes desconhecidas, consequências da condução de pesquisas médicas e farmacêuticas tendo animais não humanos como cobaias⁴⁸.

Mais recentemente um conjunto de estudos, fundamentados sobre pesquisas genéticas e evolutivas, passou a defender a existência de semelhanças constitutivas entre os vírus HIV e SIV (FARIA *et al.*, 2014; CABELLO *et al.*, 2015; CABELLO *et al.*, 2016). Argumentando, nesse caso, que o HIV, por possuir “similitudes genéticas” com o SIV (GRMEK, 1995,

⁴⁷ A título de exemplo, cabe mencionar que em 1959, fruto da pesquisa iniciada por Berenecy Eddy, descobriu-se que as vacinas contra poliomielite desenvolvidas por Salk e, posteriormente por Sabin, a partir de culturas em células renais de macacos *rhesus*, foram acidentalmente contaminadas pelo, até então desconhecido, Vírus Símio 40 (SV40). O SV40 recebeu esse nome por ter sido, em 1960, o quadragésimo vírus símio a ser isolado. Por um longo tempo acreditou-se que o SV40 poderia causar câncer e, dado que à época em que se descobriu sobre a contaminação, cerca de 100 milhões de pessoas já haviam sido vacinadas contra a pólio, passou-se a monitorar as condições de saúde de muitos desses indivíduos. Por duas décadas, nenhuma doença ou câncer foi detectado entre os que receberam a vacina contaminada. Estudos realizados a partir de 1980, no entanto, apontaram para existência do material genético do SV40 no interior de tumores cancerígenos. Não obstante as controvérsias sobre o potencial patogênico do SV40 entre os humanos sabe-se, atualmente, que o vírus continua circulando em populações humanas, razão pela qual, possivelmente, há formas de transmissibilidade ainda desconhecidas (UJVARI, 2011; UJVARI, 2012).

⁴⁸ Vale lembrar que foi apenas na década de 1960 que a ciência passou a reconhecer a possibilidade de humanos serem infectados por vírus presentes em outras espécies de primatas (UJVARI, 2011).

p.229), possa ter surgido da evolução (FORATTINI, 1993; GRMEK, 1995; PEPIN, 2011; WHITESIDE, 2017) de um vírus ancestral a ambos. De modo que a transmissão do retrovírus dos símios, mais precisamente dos chimpanzés selvagens e de algumas espécies de macacos, para os humanos possa ter ocorrido em tribos da África Central e Oriental que mantinham contato muito próximo com esses animais (FORATTINI, 1993; GRMEK, 1995; PEPIN, 2011; UJVARI, 2012; UJVARI; TARSO, 2014; WHITESIDE, 2017), caçando-os, domesticando-os e alimentando-se deles.

Essa abordagem, com viés evolutivo, ampara-se sobre a crença de que o HIV não é um vírus “novo”, ou seja, de que seu surgimento não se deu pouco antes da manifestação sintomática da infecção por ele causada, conforme argumenta Grmek (1995, p.229):

Não há vírus patogênico totalmente novo. Nenhum deles surge *ex nihilo* [*nihil fit*]⁴⁹. Ele vem de um ancestral que devia ter características genéticas vizinhas e perpetuava-se em algum lugar, numa população humana ou animal. Esse ancestral não era necessariamente patogênico, ou então muito pouco, em relação à população animal ou humana original.

Há que se considerar, no entanto, que “[...] mesmo que um ancestral do HIV tenha tido caráter endêmico nas populações humanas, antes da epidemia atual, o aparecimento de cepas virulentas é, com certeza, um acontecimento novo” (GRMEK, 1995, p.231). Razão pela qual, a emergência de um vírus altamente patogênico precisa ser analisada não apenas sob o viés biológico como, também, político, econômico e social (GRMEK, 1995; PEPIN, 2011; UJVARI; TARSO, 2014; CABELLO *et al.*, 2016; WHITESIDE, 2017).

⁴⁹ Expressão latina que significa “nada surge do nada”.

2.3 Uma epidemia mutante

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é a infecção causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Ao ser disseminado através de alguns fluídos corporais⁵⁰ por ele contaminados, o HIV ataca o sistema imunológico humano, especificamente as células CD4 – destruindo-as para, em seguida, replicar-se -, tornando o organismo mais propenso a contrair outras doenças – as chamadas “infecções oportunistas⁵¹” - e a desenvolver alguns tipos graves e raros de tumores (PEPIN, 2011; UJVARI, 2012; UJVARI; TARSO, 2014; RIEDEL; RIBAS, 2016; WHITESIDE, 2017).

As células CD4 e CD8 são linfócitos⁵², um tipo de leucócitos⁵³, que cumprem importantes funções no sistema imunológico. Os linfócitos CD4 (também chamados de células T) são o principal alvo do HIV, de modo que o aumento da infecção causada pelo vírus implica na considerável redução dessas células o que, conseqüentemente, limita as possibilidades do organismo identificar e combater microrganismos patogênicos. Por sua vez, aos linfócitos CD8, cabe destruir as células infectadas por vírus (ADLER, 2001; WHITESIDE, 2017), produzindo substâncias que dificultam, nesse caso específico, a replicação do vírus da Aids.

Comparando o sistema imunológico a uma orquestra, Ujvari e Tarso (2014, p.664) descrevem o processo de destruição conduzido pelo HIV no interior do corpo humano:

⁵⁰ Sangue (inclusive sangue menstrual), sêmen, secreções vaginais e leite materno.

⁵¹ Entre as infecções oportunistas relacionadas à Aids, encontram-se aquelas mais comuns e de fácil tratamento, como gripes, resfriados e doenças parasitárias, até as mais graves e, potencialmente fatais, como tuberculose, pneumonia, toxoplasmose, meningite, alguns tipos de câncer, etc. (ADLER, 2001; WHITESIDE, 2017).

⁵² Grupo de leucócitos responsáveis pela defesa do organismo contra agentes invasores. Existem dois tipos principais: linfócitos B, que produzem anticorpos, e linfócitos T, que reconhecem substâncias estranhas e as processam para remoção, nesse último grupo encontram-se as células CD4 e CD8 (ADLER, 2001; WHITESIDE, 2017).

⁵³ Grupo de células, também conhecido como glóbulos brancos, que compõem o sistema imunológico e tem por função combater e eliminar microrganismos estranhos ao organismo, identificando-os, capturando-os ou produzindo anticorpos (ADLER, 2001; WHITESIDE, 2017).

O vírus se unia à superfície das células de linfócito T para invadi-las. O reconhecimento se dava por receptores na superfície celular, chamados CD4, daí as células serem conhecidas como linfócitos CD4. Através desses receptores, o vírus adentrava na célula e a destruía durante sua replicação, ocasionando a redução do número desses linfócitos CD4, mestros da imunidade. A diminuição gerava o caos à defesa orgânica. O soropositivo perdia a célula regente da defesa, que reconhecia um microrganismo invasor e coordenava toda a resposta imunológica para combatê-la. Orquestrava a liberação de uma série de substâncias que, como sinais de rádio, recrutavam células de defesa com funções diversas ao sítio infeccioso. A resposta coordenada e sincronizada era devastada pelo vírus da Aids.

Sob a perspectiva biológica, a complexidade em torno da Aids não se limita ao fato de que se trata de uma doença ainda incurável e, possivelmente, assintomática por um longo período de tempo, mas, funda-se, sobretudo, sobre a mutabilidade do vírus que lhe origina. Até o momento foram identificados dois retrovírus⁵⁴ associados à síndrome, o HIV-1 e o HIV-2 (ADLER, 2001; PEPIN, 2011; RIEDEL; RIBAS, 2016; WHITESIDE, 2017). Enquanto o HIV-1 fora isolado pela primeira vez por franceses e norte-americanos, em 1983 e 1984, respectivamente, o de tipo 2 foi identificado pela pesquisadora portuguesa Odette Ferreira, em 1985, a partir de amostras de sangue provenientes do Senegal (WHITESIDE, 2017). Em que pese o fato de que a maioria dos casos de Aids no mundo seja causada pelo HIV-1, o HIV-2 já é considerado epidêmico e endêmico em alguns países⁵⁵, concentrando-se, sobretudo, na África Ocidental e, em menor número na Europa (Portugal, França e Espanha) e nos Estados Unidos (RIEDEL, RIBAS, 2016). Do ponto de vista genético, ainda que sejam capazes de evoluir, causando a mesma síndrome, por diferirem entre si em torno de 50% (PEPIN, 2011, p.11), assume-se que o HIV-1 e o HIV-2 se constituem em retrovírus distintos.

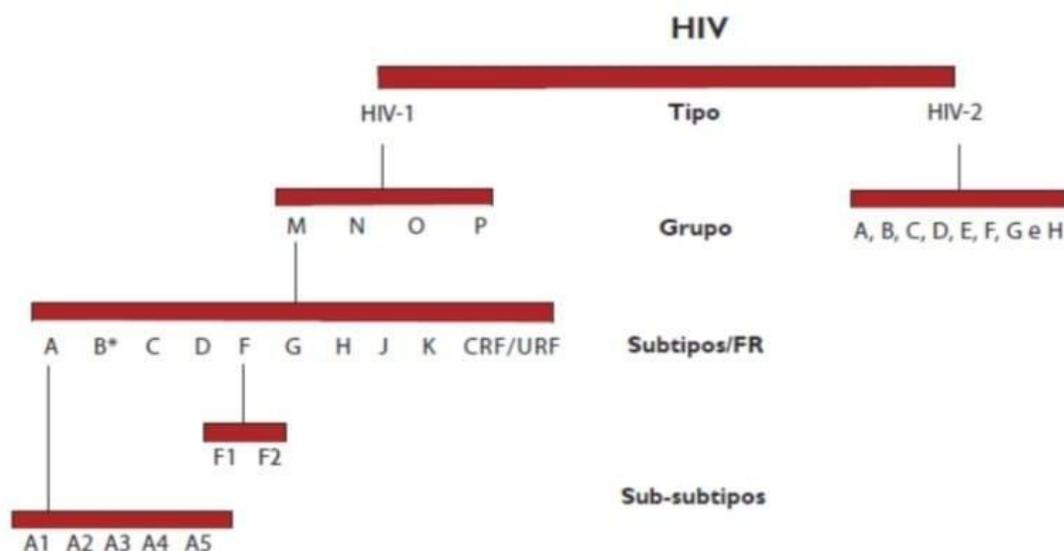
⁵⁴ Acerca da diferença entre vírus e retrovírus, ver glossário.

⁵⁵ Em 2010, a partir de um estudo financiado pela UNAIDS/MS e realizado em parceria com pesquisadores do Laboratório Sérgio Franco, do Hospital Universitário Gafreé e do Laboratório de Virologia Molecular do Instituto de Biologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) identificaram a presença de coinfeção por HIV-1 e HIV-2 em 15 amostras de sangue provenientes de diversos estados brasileiros (Comunicação/IOC, 2010).

Quando comparado ao HIV-1, credita-se ao HIV-2 uma síndrome de progressão mais lenta, embora apresente uma maior resistência aos medicamentos comumente utilizados no tratamento da Aids causada pelo tipo 1. Da mesma forma, evidências indicam que a transmissão vertical (gestante-feto/bebê) e sexual por HIV-2 não é tão eficiente quanto a do HIV-1 (ADLER, 2001; WHITESIDE, 2017). A alta transmissibilidade do HIV-1 ficou clara quando, em 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que enquanto a epidemia de Aids provocada pelo vírus de tipo 1 atingia, cerca de 34 milhões de pessoas no mundo, a de tipo 2 seria responsável por infectar pouco mais de 2 milhões de pessoas (PEPIN, 2011). Ademais, o HIV-1 apresenta uma ampla diversidade genética (PINTO; STRUCHINER, 2006; PEPIN, 2011), sendo dividido em 4 “grupos”⁵⁶: grupo M (principal) – responsável por mais de 99% das infecções por HIV-1 no mundo -, grupo O (*outlier*), grupo N (não-M não-O) e grupo P, que não se espalhou fora da África Central, por razões ainda desconhecidas (PEPIN, 2011; RIEDEL; RIBAS, 2016). O grupo M, por sua vez, subdivide-se em nove “subtipos” ou cepas: A, B, C, D, F, G, H, J e K⁵⁷, sendo que as cepas A e F são segregadas como subsubtipos A1, A2, A3, A4 e F1 e F2, respectivamente (SABINO, 1998; PINTO; STRUCHINER, 2006; RIEDEL; RIBAS, 2016). A esses grupos, subtipos e subsubtipos de HIV-1, conforme Pepin (2011) somam-se ainda outras 48 formas recombinantes circulantes (CRF) já identificadas.

⁵⁶ O estabelecimento dos grupos M, O e N do HIV-1 deu-se após análises genéticas que sugeriram “três eventos independentes de entrada do vírus de imunodeficiência do símio a partir de primatas não humanos para os seres humanos” (RIEDEL; RIBAS, 2016, p.93). A estirpe P, mais recentemente incluída no grupo, parece estar “intimamente relacionada com o vírus da imunodeficiência símia do gorila” (Idem, p.94), sendo descrita a partir do caso identificado em uma mulher originária de Camarões.

⁵⁷ Segundo Riedel e Ribas (2016, p.95), “as letras E e I não se encontram nessa sequência pois descobriu-se que na verdade, vírus assim classificados anteriormente, representam formas recombinantes e sua nomenclatura foi modificada”.

Figura 1: Representação esquemática da classificação do HIV

Fonte: DIAHVS/SVS/MS, 2013, p. 27.

A possibilidade de sofrer mutações⁵⁸ criando, desse modo, cepas e novas formas recombinadas, relaciona-se com a capacidade do vírus da Aids de multiplicar-se rapidamente (ADLER, 2001; PEPIN, 2011; WHITESIDE, 2017). Uma vez que o HIV pode produzir cerca de 10 bilhões de cópias por dia, existe uma propabilidade grande de ocorrerem erros durante o processo de replicação⁵⁹. O acúmulo de ‘erros’ ao longo desse processo leva, portanto, à sua diversidade viral (PINTO; STRUCHINER, 2006; PEPIN, 2011). Conforme explica Ujvari (2012, p.12),

⁵⁸ O HIV-1, de acordo com Pepin (2011, p.13), evolui a uma taxa cerca de um milhão de vezes mais rápido do que o Ácido Desoxirribonucleico (DNA). O que significa que, diante da rapidez com que sofre mutações, o vírus possui a capacidade de evoluir, em um curto período de tempo, para outros subtipos, ampliando ainda mais o número de recombinações.

⁵⁹ Conforme Ujvari (2012, p.11-12), “o vírus da Aids é constituído de RNA e, como todo RNA vírus, tem uma característica peculiar. O RNA vírus que acomete determinado tipo de animal pode sofrer mutações que criam condições de invasão e evolução em outra espécie de animal. Isso ocorre em virtude das características de replicação nesse tipo de vírus. Normalmente ocorrem erros na cópia de RNA dos futuros descendentes virais”.

[...] a intensidade de mutações aumentará quanto maior for o número de cópias virais. Imaginem a dimensão com que isso ocorre ao saber que, em alguns casos, um RNA vírus pode produzir até cem mil cópias em dez horas. Um animal infectado por RNA vírus pode apresentar até um quatrilhão de vírus em seu organismo. Mas o perigo não para aí. O vírus pode trocar parte do seu material genético com outras formas de vírus e, também, pode incorporar parte do material genético daquele animal em que se replica. Cada mutação pode trazer mudanças no comportamento do vírus, como torná-lo capaz de reconhecer e invadir uma célula de outra espécie animal. Assim, ele evolui no novo albergue e as futuras mutações podem ser intensas a ponto de se tornar muito diferente do original. Estaremos diante de um novo tipo de vírus e uma nova doença em uma nova espécie animal. E por esse motivo que a maioria das novas doenças humanas da atualidade é decorrente de RNA vírus vindo de animais. A Aids se encaixa nesse exemplo.

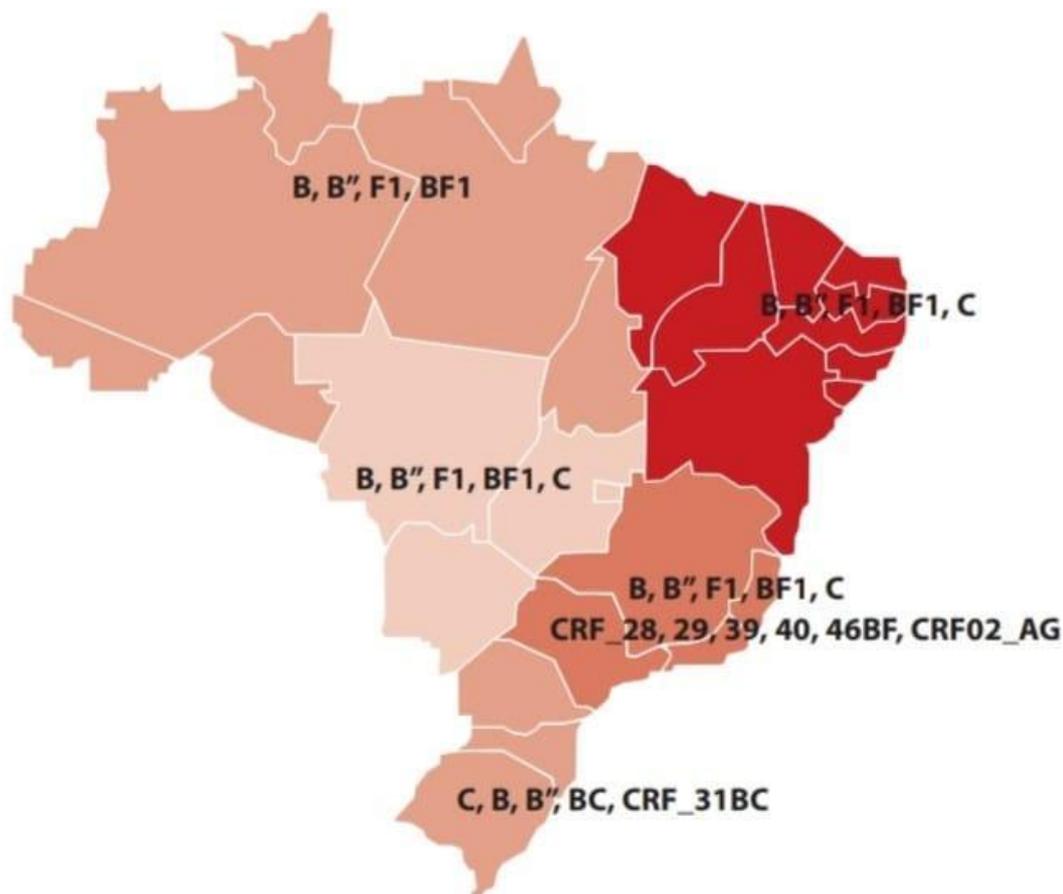
Ainda que não se tenha clareza sobre os impactos dos diferentes subtipos de HIV-1 sobre a progressão da síndrome por eles causada (PEPIN, 2011; RIEDEL; RIBAS, 2016), sabe-se, por exemplo, que indivíduos infectados com o subtipo D têm uma expectativa de vida menor do que aqueles infectados por outros subtipos (PEPIN, 2011). O subtipo C, por sua vez, mundialmente preponderante por muito tempo, possui um “alto grau de viremia⁶⁰” (PEPIN, 2011, p.13), o que aumenta potencialmente sua infecciosidade e transmissibilidade quando comparado a outros. Assume-se, contudo, que os subtipos do HIV-1 apresentam importantes diferenças em relação aos padrões de resistência desenvolvidos pelo vírus às drogas atualmente empregadas para combatê-lo (WHITESIDE, 2017).

Estudos recentes (RIEDEL; RIBAS, 2016) indicam que modernamente os subtipos B e C são os responsáveis por mais de 60% das infecções por HIV-1 no mundo. E, conforme Bello e colaboradores (2007; 2008 *apud* RIEDEL; RIBAS, 2016), pelo menos três subtipos do HIV-1 circularam pelo Brasil no período em que a epidemia de Aids aqui emergiu. Acredita-se que o HIV-1 chegou ao País no final dos anos 1960, sendo o subtipo B o preponderante nesse período. No final da década seguinte, teria surgido a cepa F1 e, já no início dos anos 1980, quando a Aids começou a se propagar com rapidez, o subtipo C.

⁶⁰ Diz-se da quantidade de vírus presente no sangue dos indivíduos infectados.

Atualmente, o subtipo B tem se mostrado prevalente em todas as regiões brasileiras, seguido pelos subtipos F, C, D e A (CABELLO *et al.*, 2015; RIEDEL; RIBAS, 2016; DIVINO *et al.*, 2016). Em termos de distribuição viral por região brasileira, Riedel e Ribas (2016, p. 94-6) observam que há prevalência dos subtipos B e F no Sudeste, dos subtipos B, F e C no Nordeste e Centro-Oeste, enquanto no Sul do país, verifica-se uma maior presença do subtipo C, seguido pela cepa B.

Figura 2: Distribuição geográfica dos tipos e formas recombinantes do HIV-1 identificados no Brasil



Fonte: DIAHVS/SVS/MS, 2013, p.18.

Entre as consequências da variabilidade genética do HIV-1⁶¹ (ADLER, 2001; PEPIN, 2011; RIEDEL; RIBAS, 2016; WHITESIDE, 2017), encontram-se a dificuldade de inovar e manter terapias medicamentosas eficientes, a constante necessidade de atualização dos testes diagnósticos e a complexidade em torno do desenvolvimento de vacinas preventivas capazes de garantir proteção imunológica contra todas as cepas e recombinações virais conhecidas (e possíveis).

Outra importante consequência dessa diversidade, é a possibilidade de existirem distintas epidemias de Aids em uma mesma região ou país, de

⁶¹ Desse momento em diante, sempre que fizermos menção ao vírus HIV, estaremos nos referindo ao HIV-1, ou seja, o que apresenta maior prevalência mundial e está presente no Brasil. Caso seja indispensável acrescentarmos informações sobre o HIV-2, serão feitas, em momento oportuno, as indicações necessárias para diferenciá-los.

modo que, com frequência, associam-se alguns subtipos do vírus a locais, grupos e formas específicas de transmissão. Essa associação pode ser explicada pelo fato do vírus, ao ser introduzido em uma determinada rede social, permanecer circulando em seu interior dada as condições que sustentam essas relações/redes (PEPIN, 2011; RIEDEL; RIBAS, 2016; WHITESIDE, 2017) e as práticas e valores partilhados pelos agentes que lhe compõem (FRANCO *et al.*, 1998; FREITAS, 1998; BASTOS, 2006; HELMAN, 2009; DASMACENA, 2012; GARCIA, 2012; KERR, 2012). Como exemplo, Pepin (2011, p.14) cita o caso da África do Sul, quando, no final dos anos 1990, identificou-se que cerca de 96% dos homossexuais brancos estavam infectados pelo subtipo B, enquanto 81% dos homossexuais negros haviam sido infectados pelo subtipo C do HIV-1. Notadamente em relação ao caso mencionado por Pepi (2011), a teoria por ele sustentada aponta para resquícios do processo de segregação racial que, adotado pelo país durante o regime de *Apartheid* no período de 1948-1994, se manifestavam na escolha de parceiros sexuais com base na raça/etnia. Isso fez com que, via de regra, homossexuais negros e brancos não se relacionassem sexualmente entre si, dotando as suas redes sociais, especificamente no que diz respeito ao HIV/Aids, das características supracitadas.

Frente à constante e rápida mutabilidade do HIV, bem como a diversidade genética que lhe acompanha e, sobretudo, considerando que as primeiras manifestações sintomáticas da síndrome podem ocorrer até dez anos depois do contágio (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993; ADLER, 2001; PEPIN, 2011; UJVARI, 2012; WHITESIDE, 2017), reforça-se a importância das ações educativas, preventivas e diagnósticas, haja vista que um indivíduo infectado e não diagnosticado e tratado, pode transmitir o vírus por quase uma década até que apresente os sintomas da infecção e tome conhecimento de sua sorologia. A tarefa, contudo, não é simples e na primeira década da epidemia, autores como Mann, Tarantola e Netter (1993), reconheciam certa frustração diante das dificuldades impostas por um fenômeno infeccioso em constante evolução:

A disseminação do HIV e a ocorrência da Aids são separadas por anos, de modo que a qualquer momento específico, em qualquer área, estas duas epidemias podem estar evoluindo de formas muito diferentes. Até em uma mesma cidade ou área populacional, normalmente existem várias epidemias diferentes, cada qual com seu índice de disseminação, intensidade e características especiais. O HIV/Aids pode ter histórias e perfis muito diferentes em países, regiões e até bairros adjacentes. Finalmente, cada epidemia estabelecida evolui com o tempo, surgem novas epidemias a partir da principal e novas comunidades são afetadas, alterando continuamente o quadro nacional, regional e até global (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993, p.17).

Salienta-se, dessa forma, que do ponto de vista individual, o desconhecimento frente à sorologia para o HIV/Aids incide sobre a qualidade e expectativa de vida, uma vez que, diante do comprometimento do sistema imunológico, quando do desenvolvimento da síndrome (Aids), aumentam as chances de contrair outras importantes infecções. Por outro lado, sob a perspectiva do controle e enfrentamento da epidemia, quanto maior o número de indivíduos infectados, não diagnosticados e não tratados para o HIV, tem-se não apenas uma maior incidência e mortalidade por Aids, como, também, uma ampliação do número de estirpes do vírus em um determinado grupo social e/ou território, o que repercute na eficácia dos testes diagnósticos e dos protocolos terapêuticos e medicamentosos existentes.

2.4 Uma tragédia colonial: a epidemia antes da Epidemia

Embora a Epidemia – com e maiúsculo – de HIV/Aids tenha vindo à tona quando os primeiros casos da doença foram diagnosticados em território norte-americano, outra importante manifestação da síndrome, há décadas invisibilizada, se alastrava em muitos países da África. A moléstia que atingia o continente africano em pouco tempo se mostraria central para o entendimento e combate à nova doença, mas, ao longo de pelo menos vinte anos, passou

completamente despercebida aos olhos do ocidente, dizimando populações locais enquanto era silenciosamente disseminada por todo o planeta.

A história da emergência da Aids como uma pandemia global se confunde com o crescimento urbano, o aprofundamento das desigualdades sociais, o avanço da pobreza, o comércio sexual e a súbita expansão ferroviária em parte dos países localizados na África Subsaariana. Condições que, aliadas, favoreceram a rápida expansão do vírus na região, sendo, por isso, denominadas por Faria e colaboradores (2014) como uma “tempestade perfeita”. Mas essa história se associa também à história do colonialismo no continente africano, com a história das ditaduras, revoluções e guerras civis levadas a cabo no último século, com as decisões econômicas, políticas, diplomáticas e as intervenções conduzidas por países estrangeiros à revelia da população africana local.

Não há, portanto, como reconstituir a trajetória dessa epidemia sem mencionar o processo de intensa integração econômica, política e sociocultural que não só reduziu as distâncias, como também afrouxou as barreiras e fronteiras físicas e políticas por todo o planeta (BASTOS, 2006; FARIA *et al.*, 2014; WHITESIDE, 2017). Assim, o HIV parece ter encontrado no século XX as condições ideais para emergir, se camuflar e rapidamente se disseminar por todo o planeta.

De acordo com os estudos que promoveram uma espécie de rastreamento do histórico genético da Aids através do sequenciamento do DNA, acredita-se que o vírus ancestral do HIV já circulava a selva africana por volta de 1900 (PEPIN, 2011; UJVARI, 2011; FARIA *et al.*, 2014), atingindo, principalmente, algumas populações de primatas não humanos. Tudo indica, porém, que foi por volta de 1920, quando o vírus chegou à atual capital da República Democrática do Congo⁶²- Kinshasa⁶³ - que passou a ser disseminado entre seres humanos. Nesse período, conforme relata Ujvari (2011, p.91), a cidade funcionava como “um entreposto comercial de

⁶² Denominada, à época, Congo Belga. A região também ficou conhecida, entre os anos de 1971 e 1997, como República do Zaire.

⁶³ Então denominada Leopoldville. Cidade criada e nomeada em homenagem ao rei belga Leopoldo II.

mercadorias que chegavam e partiam para a Europa” e, em pouco tempo, tornaria-se rota para o vírus da Aids.

A relação entre o Congo e a Europa se estabeleceu no final do século XIX, por volta de 1886, quando cabia a então colônia belga fornecer marfim e látex ao velho mundo. Como consequência do lucrativo processo de exploração dos recursos naturais locais, construiu-se uma estrada de ferro que, ao desviar das cataratas do rio, permitiu que Leopoldville [Kinshasa] fosse diretamente ligada ao litoral congolês, ampliando as possibilidades de trocas comerciais entre regiões antes isoladas umas das outras (UJVARI, 2011; 2014; UJVARI; TARSO, 2012; FARIA *et al.*, 2014). A intensificação comercial possibilitou o crescimento exponencial de Leopoldville, que se tornou conhecida como um dos mais importantes pontos de troca de mercadorias da região.

Entre as relações comerciais estabelecidas pela cidade, a instituída entre com o sul de Camarões pode ter sido a responsável por acelerar o processo de disseminação do vírus da Aids no continente africano. Estudos genéticos mostram que o SIV presente em chimpanzés que vivem nas florestas de Camarões possuem mais semelhanças genéticas com o HIV do que aqueles encontrados em primatas de outras regiões (UJVARI, 2011; UJVARI, TARSO, 2012; FARIA *et al.*, 2014), indicando que, possivelmente, o vírus da Aids tenha se originado nesse território.

Ao que tudo indica o convívio entre os seres humanos e chimpanzés e macacos mangabey selvagens foi estreitado pelo avanço da urbanização em locais como Camarões, Gabão, Ruanda, Burundi e, o então, Congo Belga (PEPIN, 2011; UJVARI; TARSO, 2014). E, a caça, antes improvável, dado a envergadura e força física desses animais, passou a ser rotineira quando os caçadores tiveram acesso às armas de fogo que entravam no continente africano pelas mãos dos colonizadores europeus (PEPIN, 2011; FARIA *et al.*, 2014). Em contato com o sangue infectado desses animais, os humanos foram contaminados pelo vírus mutante que, uma vez absorvido pelo organismo do novo hospedeiro através de feridas abertas e mucosas, foi rapidamente transmitido, principalmente por via sexual, a outras pessoas. A progressão da

síndrome até então desconhecida, valeu-se, contudo, da pobreza originada e aprofundada pelo processo colonizador para se camuflar, de forma que as mortes por Aids eram, conforme salientam Ujvari e Tarso (2014, p. 648), “erroneamente atribuídas à desnutrição, diarreias, tuberculose e malária”.

Figura 3: A expansão do HIV-1 grupo M na República Democrática do Congo



Fonte: FARIA *et al.*, 2014, p.13.

O mapa elaborado por Faria e colaboradores (2014) ilustra de que forma se deu a difusão espacial do vírus da Aids a partir de Kinshasa [Leopoldville] para cidades próximas. O vírus que se estabeleceu na capital da República Democrática do Congo [Congo Belga] por volta de 1920, levou cerca de 17 anos para chegar às localidades de Lubumbashi e Mbuji-Mayi, ambas no sul do País. Conforme avaliam os autores (FARIA *et al.*, 2014), entre os anos de 1937 e 1953, o vírus já havia encontrado as cidades vizinhas – Brazzaville, Bwamanda e Kisangani. A disseminação do HIV, tal como demonstrada acima, está diretamente relacionada à expansão das vias férreas e o consequente aumento do comércio (incluindo o sexual) entre essas localidades.

As consequências socioeconômicas e culturais do processo colonizador não foram responsáveis apenas por ocultar os sintomas e mortes relacionados à grave enfermidade surgente, mas também por estabelecer os elementos conjunturais que permitiram que ela se propagasse internacionalmente. Razão pela qual, autores como Pepin (2011), Ujvari e Tarso (2014) e Faria *et al.* (2014) atribuem à independência do Congo Belga o marco histórico sobre o qual despontaram as condições que viabilizaram a entrada do vírus HIV na América do Norte.

Quando em 1965, cinco anos após se tornar independente da Bélgica, meia década após uma intensa e devastadora guerra civil – que iniciara cerca de duas semanas após a conquista de sua independência -, o Congo se viu diante de uma forte ditadura. A ascensão de Mobutu ao poder levou o país a uma profunda crise em importantes setores - educação, segurança, alimentação e saúde (CALVOCORESSI, 2011) -, o que favoreceu a intervenção estrangeira na região.

Diante desse quadro, as Nações Unidas, que já ao longo da guerra civil enviara alimentos, medicamentos, forças de paz e profissionais da saúde norte-americanos ao Congo, passaram a contratar professores haitianos com o objetivo de “reerguer o falido sistema educacional” (UJVARI; TARSO, 2014, p.151) congolês. Assim, na segunda metade da década de 1960, centenas de voluntários norte-americanos e haitianos chegaram às terras congolêsas. Muitos deles solteiros, outros tantos apartados de suas famílias enquanto permaneciam em missão no país em reconstrução.

Entre as décadas de 1970 e 1980, inúmeros casos de Aids emergiram em países africanos, ainda que só posteriormente tenham sido reconhecidos e notificados como tal. Para Bastos (2006, p. 28), o que, possivelmente, mascarou a Aids na África foi a associação entre a “ausência de um sistema de vigilância eficiente”, a alta mortalidade vinculada a outras infecções graves, à

desnutrição e à pobreza e o fato de que o Sarcoma de Kaposi⁶⁴, doença que chamou atenção à síndrome emergente, não manifestar importantes associações com o HIV/Aids, tal como ocorrera entre europeus e norte-americanos nesse período.

Além dos já mencionados elementos potencializadores da rápida expansão viral da Aids, Jacques Pepin (2011, p.13, tradução nossa) salienta que agregaram-se a eles “as campanhas médicas de larga escala para erradicar doenças tropicais. Muito embora o autor não credite às intervenções médicas um papel importante na atual dinâmica da transmissão do HIV, tendo atuado ao longo da década de 1980 como médico especialista em doenças infecciosas na área rural da República Democrática do Congo e como coordenador de projetos de controle da Aids na África Central e Ocidental, ele baseia-se em sua própria experiência para demonstrar em que medida as limitações as que os profissionais de saúde estavam sujeitos podem ter contribuído para a disseminação do HIV-1 e do HIV-2 em diferentes partes do continente africano.

É notório, segundo Pepin (2011), que os programas de controle de doenças na era colonial estão de, alguma forma, relacionados à incidência de HIV em algumas regiões da África. Entre as importantes enfermidades que suscitaram intervenções médicas nesse período, o autor menciona a doença do sono⁶⁵ e a tuberculose⁶⁶. A doença do sono, classificada pela Organização

⁶⁴ No ano de 1982, alguns médicos que atuavam na zona rural de Uganda relataram à revista científica *The Lancet*, a existência de uma nova doença fatal. Por ser extremamente debilitante, chamaram-na de “*Slim*”. A infecção, como se descobriria mais tarde, estava associada ao HTLV-III (posteriormente renomeado HIV). No entanto, por não estar associada ao Sarcoma de Kaposi, doença considerada endêmica na região, os responsáveis pelo estudo não reconheceram, à época, que havia ligação entre ela e a nova doença que já assolava os EUA e alguns países da Europa (AVERT, 2019).

⁶⁵ Comumente conhecida como “doença do sono”, haja vista que os acometidos por ela apresentam insônia à noite e forte sonolência ao longo do dia, a Tripanossomíase Humana Africana é uma infecção transmitida por moscas *tsé-tsé*. O parasita transmitido pelo inseto ataca o sistema nervoso central humano, sendo responsável por graves distúrbios neurológicos. Levando, quando não tratado, ao coma e à morte. Na medida em que essa espécie de mosca é encontrada em 36 países da África Subsaariana, cerca de 70 milhões de pessoas vivem sob o risco de contrair a doença (ver OMS/Regional África em https://www.who.int/trypanosomiasis_african/en/).

⁶⁶ Trata-se de uma doença infecciosa e transmissível – via aérea - causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch. Embora, prioritariamente, se apresente sob a

Mundial de Saúde (OMS) como uma doença tropical negligenciada⁶⁷, responsável por 34 mil mortes apenas no ano de 1990 (MSF⁶⁸, s.d; SIMARRO *et al.*, 2015), disseminou-se em muitos países da África através de três grandes surtos que ocorreram nos últimos séculos (entre 1896 e 1906, principalmente em Uganda e Congo, em 1920 e em 1970) (SIMARRO *et al.*, 2015).

Durante a epidemia mais recente, que iniciou em 1970 e perdurou até o fim dos anos 1990, a incidência⁶⁹ da doença do sono chegou a 50%, configurando-se como a primeira maior causa de mortalidade na região da República Democrática do Congo⁷⁰ e no Sudão do Sul, ficando a frente do HIV/Aids (SIMARRO *et al.*, 2015). Não sendo, segundo Pepin (2011), a relação entre essa doença e o HIV na África subsaariana, uma simples e trágica coincidência geográfica. O autor menciona que as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde na região não se limitavam a escassez de

forma pulmonar, a tuberculose extrapulmonar (acomete outros órgãos e/ou sistemas) ocorre com mais frequência em pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) e estejam com o sistema imunológico comprometido. A transmissão pode se dar através da fala, espirro ou tosse das pessoas com tuberculose ativa. Segundo o glossário elaborado e disponibilizado *online* pelo Ministério da Saúde do Brasil, *Saúde de A a Z* (PORTAL SAÚDE/MS, s.d), estima-se que durante um ano, um indivíduo infectado e não tratado, pode infectar, em média 15 pessoas. Ademais, PVHA têm 28 vezes mais risco de adoecimento por TB.

⁶⁷ Segundo a OMS, as doenças tropicais negligenciadas (DTN) são aquelas que, causadas por agentes infecciosos ou parasitas, prevalecem em condições tropicais e subtropicais e tornam-se endêmicas em populações pobres, não recebendo os investimentos em pesquisa, medicamentos e políticas de controle em igual proporção ao seu potencial de morbidade e mortalidade (OMS, s.d). Estima-se que cerca de um bilhão de pessoas são afetadas por essas doenças, principalmente na Ásia, África e América Latina. São consideradas DTN: úlcera de Buruli, doença de Chagas, dengue, dracunculíase (doença do verme-da-Guiné), equinococose, platelmintos, tripanossomíase africana, leishmaniose, hanseníase, micetoma, filariose linfática, oncocercose, raiva, esquistossomose, helmintíase transmitida pelo solo, envenenamento por picada de cobra, tracoma, teníase e boubá. Mais informações em <https://bvsmms.saude.gov.br>.

⁶⁸ Mais informações em Médicos Sem Fronteiras, <https://www.msf.org.br/o-que-fazemos/atividades-medicas/doenca-do-sono>.

⁶⁹ Após vários surtos da doença, a OMS passou a traçar planos de combate à enfermidade na região. De acordos com os últimos relatórios da OMS, houve uma importante redução no número de casos nos últimos anos. Em 2017, 1447 novos casos foram notificados, no ano anterior, foram 2184, enquanto em 2015, 9875 novos casos foram registrados. Em 2009, pela primeira vez em 50 anos, o número de casos notificados esteve abaixo de 10 mil (ver OMS/Regional África em https://www.who.int/trypanosomiasis_african/en/).

⁷⁰ A República Democrática do Congo é, ainda hoje, o país com maior incidência da doença do sono. Sendo o único país a reportar mais 1000 casos novos, respondendo, em 2017, por 77% dos casos registrados (ver OMS/Regional África em [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/trypanosomiasis-human-african-\(sleeping-sickness\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/trypanosomiasis-human-african-(sleeping-sickness))).

recursos financeiros e humanos, a constante necessidade de realizar diagnósticos aproximados e de ministrar tratamentos pouco eficientes – dada a falta de instrumentos e medicação adequados -, mas também a recorrente e sistemática reutilização de seringas, agulhas e outros suprimentos médicos.

Mesmo antes da emergência do HIV, a possibilidade de transmissão de doenças virais através de sangue e outros fluídos contaminados já era conhecida no meio científico. E o processo de esterilização dos equipamentos médicos era uma prática comum, assim como o uso de seringas descartáveis. No entanto, alguns países africanos enfrentavam grandes dificuldades para manter o nível de diesel necessário para alimentar os geradores, sofrendo, com isso, longos períodos sem energia elétrica, o que, segundo Pepin (2011), pode ter se refletido em um processo de esterilização insuficiente e/ou inadequado. A esse respeito, o autor relembra o caso de um importante hospital gerenciado por uma congregação vinculada à igreja católica, na área rural da República Democrática do Congo. Segundo ele, o hospital não recebia suprimento suficiente de agulhas e seringas descartáveis em vista da demanda existente. Uma vez que o local era considerado um dos maiores centros de tratamento de tuberculose, doença do sono e malária na região, diante do surto de Ebola⁷¹ - considerada uma das doenças mais importantes na África Subsaariana -, passou a receber, além dos casos recorrentes, aqueles relacionados a essa epidemia, ampliando a demanda para cerca de 300 atendimentos diários. Por essa razão, na tentativa de economizar o escasso material, os responsáveis

⁷¹ De acordo com *Saúde de A a Z*, glossário produzido pelo Ministério da Saúde do Brasil (PORTAL SAÚDE/MS, s.d.), a Doença pelo Vírus Ebola (DVE) é uma síndrome febril hemorrágica aguda sendo, anteriormente denominada, de Febre Hemorrágica Ebola. O agente viral causador da doença foi descoberto em 1976, após a detecção de surtos ocorridos no sul do Sudão e no norte da República Democrática do Congo, próximo ao Rio Ebola – daí o nome da moléstia. A zoonose é transmitida aos humanos a partir do contato com sangue, órgãos, tecidos ou fluídos (tais como fezes, urina, sêmen e saliva) de animais infectados (incluindo cadáveres) ou, ainda, a partir do contato com superfícies e objetos contaminados. Acredita-se que uma espécie de morcego seja o principal hospedeiro do vírus, no entanto, sabe-se que animais como antílopes, porcos-espinhos e primatas não humanos têm se configurado como importantes agentes no processo de transmissão viral. A DVE é uma doença extremamente grave, potencialmente fatal (com taxa de letalidade próxima a 90%), afetando apenas humanos e primatas não humanos (como chimpanzés e gorilas). Não há tratamento conhecido para neutralizar o vírus, de forma que os indivíduos infectados só contam com tratamento sintomático. Na medida em que há o agravamento do quadro clínico, observa-se um aumento significativo da viremia nos indivíduos infectados. Na prática, isso leva a uma propagação mais rápida da doença e, normalmente, leva os acometidos à morte em menos de 14 dias.

pela gestão hospitalar disponibilizavam, todas as manhãs, cinco agulhas e cinco seringas para médicos(as) e enfermeiros(as), tornando o revezamento de instrumentos médicos – insuficientemente esterilizados - uma prática corriqueira.

Procurando, ainda, ilustrar de que forma algumas campanhas de saúde podem ter facilitado a disseminação do HIV no continente africano, Pepin (2011) menciona que aqueles(as) que haviam se infectado com a doença do sono, dependiam de injeções intravenosas com o medicamento utilizado à época (algo em torno de 6 a 12 injeções ao longo do tratamento). Quando a medicação estava em falta, argumenta o autor, era comum que se utilizasse o que sobrava nos frascos, de modo a garantir que todos recebessem o tratamento necessário (PEPIN, 2011, p.7). À semelhança do que ocorria em relação à doença do sono, nos casos em que os doentes sofriam com tuberculose e não podiam fazer uso das drogas orais ministradas para tratar a infecção, recomendava-se que recebessem injeções diárias por dois meses. Nesse contexto, o argumento defendido por Jacques Pepin (2011) e por Faria e colaboradores (2014) é que a alta demanda por medicação intravenosa, em contextos em que o material descartável era escasso e/ou não se dispunha das ferramentas necessárias para esterilizar os instrumentos que entravam em contato com sangue e outros fluídos humanos, possa ter facilitado a propagação da Aids em locais extremamente pobres e desprovidos de serviços básicos de saúde no início da epidemia.

Apesar da rápida expansão do HIV/Aids nos países da África subsaariana, a infecção encontrava-se regionalizada até meados de 1970, quando avançou para outros continentes e tornou-se mundialmente epidêmica. A emergência da epidemia em nível global está relacionada à entrada do vírus da Aids no Haiti, o que aconteceu, segundo Ujvari e Tarso (2014, p.654), “ao redor do ano de 1966”. Se o continente africano pode ser considerado o berço do vírus HIV e o primeiro local a sofrer as consequências ligadas à síndrome por ele causada, as ilhas caribenhas, como veremos, foram o ponto a partir do qual a doença começou a ganhar magnitude e ser disseminada para todo o planeta (PEPIN, 2011; UJVARI; TARSO, 2014; FARIA *et al.*, 2014; CABELLO

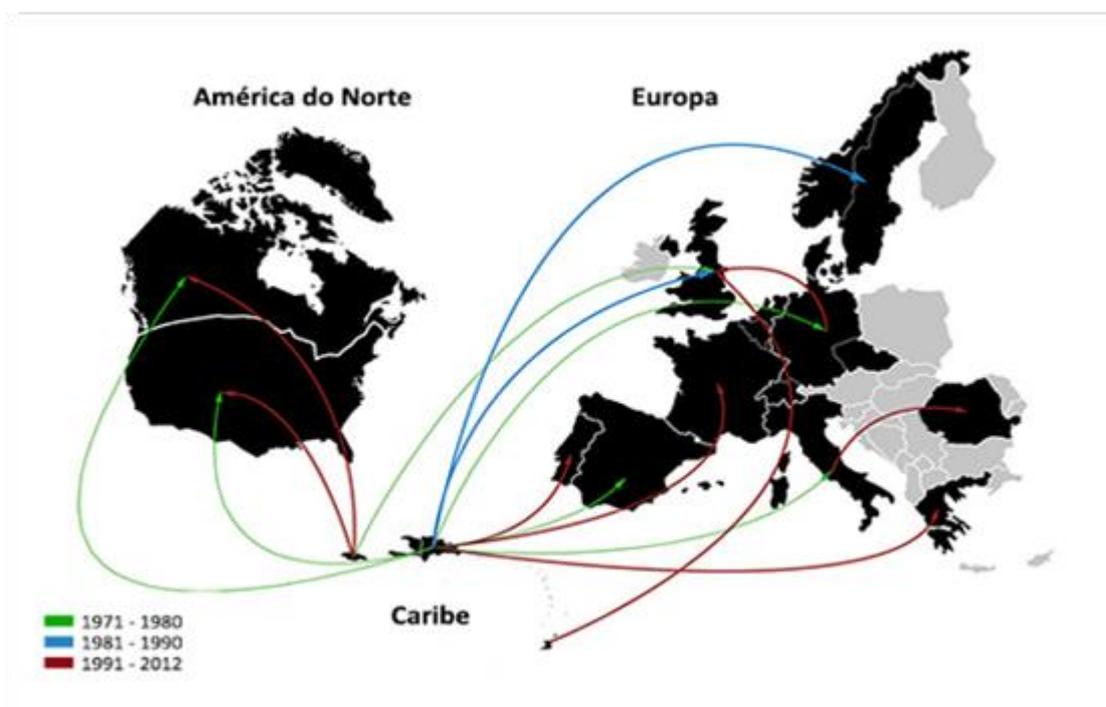
et al., 2016). Faz-se importante, por isso, compreender os processos históricos e políticos que levaram o vírus da Aids ao Haiti ainda na década de 1960 e, da ilha caribenha aos EUA na década seguinte.

2.5 Rotas do HIV: ou sobre como uma infecção regional se tornou uma pandemia global

A hipótese, reforçada pelos estudos genéticos cujas conclusões indicam que a entrada do vírus do HIV no Haiti se deu por volta de 1966 (UJVARI; TARSO, 2014), é que uma parte dos educadores e militares enviados como voluntários pelas Nações Unidas à República Democrática do Congo, quando Mobutu ascendeu ao poder, tenha voltado ao seu local de origem infectado pelo vírus (CABELLO *et al.*, 2015; CABELLO *et al.*, 2016; DIVINO *et al.*, 2016) que já se encontrava à época, disseminado no País africano (FARIA *et al.*, 2014; CABELLO *et al.*, 2016). Esses foram apenas os primeiros traços do mapa que começava a ser desenhado pela Aids. Cerca de 12 mil km do país africano já acometido pelo HIV, Cuba dava início à uma revolução que mudaria a história do Ocidente e, com isso, sem saber, entraria na rota da nova epidemia.

Ao derrubar o governo de Fulgêncio Batista em 1959, a revolução comandada por Fidel Castro adotou o socialismo como modelo político e econômico (CALVOCOROSI, 2011). Entre as consequências dessa mudança de paradigma, a ilha caribenha, até então considerada “o *playground* norte-americano” (UJVARI; TARSO, 2014), assistiu ao fechamento de luxuosos restaurantes, cassinos, hotéis, casas de show e prostituição, rompendo definitivamente os laços comerciais - fruto, principalmente, do turismo -, com os Estados Unidos (CALVOCORESSI, 2011; UJVARI; TARSO, 2014). Em decorrência, sua vizinha, a ilha do Haiti, garantiria o posto de principal destino turístico para os norte-americanos no Caribe.

Se, por um lado, as relações comerciais e políticas entre Cuba e os EUA foram, sob o comando de Fidel, abruptamente rompidas, por outro, o presidente haitiano - François Duvalier -, ferrenho opositor do socialismo, ao aliar-se aos norte-americanos, passaria a usufruir as benesses financeiras da parceria nascente. Papa Doc, como era conhecido Duvalier, a despeito das expectativas criadas sobre seu governo, deu início a uma forte e persecutória ditadura (CALVOCORESSI, 2011). E o país, mesmo tendo recebido cerca de



18 milhões de dólares americanos entre 1957 e 1960, passou a viver sob uma grande crise econômica decorrente das práticas políticas do ditador (idem, 2011). Nessa conjuntura, os repasses financeiros dos EUA ao Haiti foram insuficientes para combater a pobreza já instaurada na ilha.

Figura 4: Dispersão das linhagens de HIV-1 B caribenhas para os EUA e Europa

Fonte: CABELLO; ROMERO; BELLO, 2016, p. 8.

Ao fugir da pobreza e da repressão, consequências imediatas da ditadura de Papa Doc, centenas de profissionais haitianos responderam o

chamado das Nações Unidas e se voluntariaram para trabalhar no Congo no início da década de 1960 (UJVARI; TARSO, 2014). Acredita-se que, findada sua atuação no país africano, ao retornarem ao seu local de origem, alguns desses voluntários, já infectados, teriam introduzido o vírus HIV no Haiti. De acordo com Pepin (2011), o processo de disseminação viral teria iniciado pelos(as) trabalhadores(as) do sexo e seus(suas) clientes para, em seguida, atingir uma importante parcela da população adulta.

Estudos recentes liderados por pesquisadores(as) vinculados(as) ao Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) reforçam a tese de que o vírus HIV-1, em especial a linhagem B (mais prevalente nas Américas e Europa), partiu do continente africano, chegando às ilhas caribenhas na década de 1960 (CABELLO *et al.*, 2015; CABELLO *et al.*, 2016; DIVINO *et al.*, 2016). Tendo alcançado a América do Norte através do Caribe, conforme ilustrado na figura 5, a linhagem pandêmica do HIV-1 se disseminou rapidamente por outros continentes.

Pesquisadores como Cabello *et al.* (2015); Cabello *et al.* (2016); Divino *et al.* (2016), chamam a atenção ainda para o fato de que outras linhagens do HIV-1, embora amplamente disseminadas no Haiti, não obtiveram o mesmo êxito quanto a sua propagação fora do seu território de origem. No entanto, os pesquisadores mencionam algumas exceções, entre elas, as linhagens que se estabeleceram em algumas regiões da América Latina, incluindo o Norte e Nordeste do Brasil (CABELLO *et al.*, 2015; DIVINO *et al.*, 2016). Ao que concluem que, casos como esses, que fogem à regra, reforçam e atualizam a necessidade de investigações voltadas aos distintos contextos em que a epidemia de HIV/Aids está inserida.

Esse período não deixa, no entanto, de ser emblemático na história da Aids, uma vez que já apontava para os elementos socioeconômicos que seriam fundamentais para rápida e bem-sucedida propagação da nova epidemia. Enquanto o Haiti, por um lado, vivia um contexto de grande miséria, expansão da urbanização e aumento massivo da prostituição, decorrências do período de opressão que começara no fim dos anos 1950, por outro, transformava-se em

um destino paradisíaco para os turistas norte-americanos, principalmente para aqueles que lá chegavam à procura do comércio sexual.

Ujvari e Tarso (2014) chamam a atenção para o fato de que entre os grupos que usufruíam o crescente comércio em torno do turismo sexual ofertado pela ilha, destacavam-se os homossexuais masculinos. Tendo atingido maciçamente essa parcela de turistas que visitou o Haiti entre as décadas de 1960 e 1970, o vírus teria chegado aos EUA e, em pouco tempo, avançado na população local:

Em 1978, três anos antes da descoberta da Aids, estima-se que um em cada vinte homossexuais de São Francisco portava o vírus da Aids: após seis anos, o vírus estaria presente em cerca de dois terços. Na Costa Leste, a situação era semelhante: em Nova York havia um homossexual portador do vírus em cada quinze, pouco antes da descoberta da Aids (UJVARI; TARSO, 2014, p. 664).

Acredita-se, portanto, que essa possa ser uma explicação para uma das rotas de entrada do vírus entre os *gays* norte-americanos nas décadas de 1960 e 1970 (PEPIN, 2011; UJVARI, 2012; UJVARI; TARSO, 2014).

2.6 O prazer como risco de morte: a Aids chega aos EUA

Os cinco primeiros casos⁷² descritos de infecção por HIV datam de 5 de junho de 1981 e foram apresentados no *Morbidity and Mortality Weekly Report* produzido pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) em Atlanta, nos EUA (GALVÃO, 2002; LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a; WHITESIDE, 2017). Apesar de pouco numerosos, o que os acometidos pela enfermidade tinham em comum foi o suficiente para as autoridades norte-americanas perceberem que estavam diante de uma nova doença. Os profissionais de saúde de importantes hospitais observaram a crescente chegada de pacientes que, provenientes de grandes cidades como Nova York,

⁷² Desses, conforme Galvão (2002), dois já haviam falecido.

Los Angeles e São Francisco, apresentavam infecções comumente relacionadas à deficiência imunológica, não tendo, contudo, histórico de imunodepressão (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a; PEPIN, 2011; UJVARI, TARSO, 2014; WHITESIDE, 2017). Entre as doenças apresentadas por esses indivíduos estava a Pneumocistose⁷³ e o Sarcoma de Kaposi⁷⁴, ambas comuns em pessoas afetadas por problemas imunológicos - tais como aquelas que passaram por tratamento quimioterápico e/ou transplantadas -, mas consideradas raras entre aquelas que não apresentam quadros clínico ou histórico de insuficiência imunológica. Outro elemento comum à maioria dos primeiros casos relatados de imunodeficiência sem causa aparente era o fato de serem homens que faziam sexo com homens (HSH)⁷⁵ e usuários de drogas injetáveis (UDI).

[...] Desde 1978, e principalmente a partir do final de 1979, o médico Joel Weisman, de Los Angeles, percebeu entre seus pacientes homossexuais casos de síndrome de mononucleose, com crises de febre, emagrecimento, linfadenopatia, diarreia e candidíase oral e anal (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p. 28).

[...] Constatou-se também que, desde 1980, na cidade de Nova York, casos de imunodepressão com pneumocistose grave em homossexuais tinham sido diagnosticados pela médica Linda Laubenstein, do *New York University Medical Center*, dos quais um se remetia a 1979. Em abril de 1981, 14 casos de pneumocistose tinham sido identificados em diferentes hospitais de Nova York. A diferença dos outros casos é que nem todos eram em homossexuais. Cinco se declaravam heterossexuais, entre os quais uma mulher, e todos eram usuários de heroína injetável (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p. 29).

⁷³ Infecção oportunista causada pelo fungo *Pneumocystis jirovecii* (antes referida como *Pneumocystis carinii*) (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a).

⁷⁴ Trata-se de um câncer raro, responsável por provocar lesões na pele, nos gânglios linfáticos, nos órgãos internos e nas membranas mucosas que revestem a boca, nariz e garganta (ADLER, 2001).

⁷⁵ Categoria de intervenção e análise no campo da epidemiologia, derivada do termo inglês *Men Who Have Sex With Men* (MSM), que se refere aos homens que, identificando-se ou não como homossexuais ou bissexuais, se relacionam sexualmente (frequente ou eventualmente) com outros homens. Esse termo tem por objetivo abarcar uma série de práticas sexuais desvinculando-as das identidades sexuais e de gênero daqueles que as realizam (YOUNG; MEYER, 2005). Apesar de o termo ser de uso recente, optamos por empregá-lo ao longo do texto, exceto quando, a título de contextualização, fizermos referências explícitas a termos e denominações utilizados nos diferentes momentos da epidemia.

Diante desse quadro, as autoridades vinculadas ao CDC rapidamente se mobilizaram e, ainda em 1981, passaram a estudar a nova doença, procurando definir seu perfil clínico e epidemiológico. Já no relatório publicado em junho daquele ano, responsável por publicizar os primeiros casos detectados, Michael Gottlieb e seus colaboradores,

[...] embora prudentes, prenunciaram o que viria a ser a Aids: “Todas as observações sugerem a possibilidade de uma disfunção da imunidade celular ligada a uma exposição a um fator comum que predispõe os indivíduos a infecções oportunistas, tais como a pneumocistose e a candidíase” (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p. 30).

Poucos meses depois do surgimento dos primeiros casos, os epidemiologistas do CDC já haviam concluído que o “agente causal da doença era infeccioso e se transmitia por via sexual, dando como certa a sua rápida difusão no meio homossexual” (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.30). A associação entre a transmissibilidade da recém-detectada doença e práticas sexuais específicas deu-se em função da alta incidência que fora inicialmente verificada entre homens homossexuais norte-americanos. À época, outros casos semelhantes foram relatados nos EUA, em alguns países da África e também na Europa, e a infecção - cuja causa ainda era desconhecida - não possuía nome, mas, em uma nefasta referência àqueles que integravam o grupo identificado como o primeiro a ser acometido pelo agravo, passou a ser chamada, principalmente pela mídia, de *Gay-Related Immune Deficiency* (GRID) ou, ainda, “praga gay”, “câncer gay”, “pneumonia gay”, “peste gay” (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a; PEREIRA, 2004; BASTOS, 2006).

Não tardou, no entanto, para que a epidemia se alastrasse e ampliasse o contingente populacional por ela acometido. Entre 1981 e 1983, esse último o ano em que o vírus foi isolado pela equipe do Instituto Pasteurs

de Paris⁷⁶, novos casos foram relatados, e agora, já se sabia que a doença havia chegado às crianças (via transmissão vertical e transfusão de sangue), aos heterossexuais de ambos os sexos (principalmente através das relações sexuais e do uso de drogas injetáveis) e aos hemofílicos (principalmente através da transfusão de sangue). Não sendo, portanto, restrita aos *gays*, como se imaginava no início da epidemia (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a; PEREIRA, 2004), aquela que até então era chamada de “câncer *gay*” – em alusão ao que ficou conhecido como “comportamento de risco” (BASTOS, 2006), passou a ser denominada “doença dos 5 Hs” (ADLER, 2001; LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a; BASTOS, 2006; WHITESIDE, 2017) em referência aos haitianos, homossexuais masculinos, *hookers* (profissionais do sexo em inglês), hemofílicos e heroínômanos (usuários de heroína). Esses que passaram a compor o “grupo de risco” para o HIV/Aids.

Para Francisco Inácio Bastos (2006, p.29), a perspectiva simplista e reducionista empregada pelas autoridades sanitárias para categorizar as populações que se tornariam alvo da intervenção destinada ao enfrentamento do HIV/Aids em meados da década de 1980, não passou de uma “fábula tecida por epidemiologistas equivocados”. E essa fábula encontrava-se alinhada, ainda conforme o autor, a um “clima de caça às bruxas”, fundamentando-se sobre a “busca de apoio a uma visão maniqueísta do mundo: de um lado, os saudáveis, do outro, os doentes, esses últimos, por seu turno, subdivididos em: “vítimas inocentes” e (supostos) “culpados” (BASTOS, 2006, p.30).

Embora tenham surgido novos casos apontando para a disseminação da doença entre distintos grupos sociais e etários, mantiveram-se as principais características epidemiológicas identificadas no início da década de 1980,

⁷⁶ O vírus foi isolado em janeiro 1983 pela equipe do Instituto Pasteur de Paris, que à época, sob responsabilidade do virologista Luc Montagnier, o nomeou de *Lymphadenopathy-Associated Virus* (LAV). No ano seguinte, nos EUA, a equipe de Robert Gallo que operava no National Cancer Institut, isolou um vírus que, conforme se descobriria anos depois, diferia cerca de 2% do LAV, chamando-o de *Human T Lymphotropic Virus Type 3* (HTLV-III). Uma vez que os cientistas colaboravam entre si, enviando e recebendo amostras, quando os norte-americanos anunciaram publicamente que Gallo e sua equipe haviam isolado o vírus da Aids, um grande escândalo veio à tona. Após serem processados pelos franceses, definiu-se que ambos os institutos seriam responsabilizados pela identificação do vírus. Apenas em 1987, o vírus passou a ser mundialmente chamado de HIV (GALVÃO, 2002; LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a; WHITESIDE, 2017).

segundo as quais se sugeria que a síndrome responsável por minar o sistema imunológico humano, desde 1982 denominada Aids, era infecciosa e transmitida tanto por via sexual quanto sanguínea.

Se a estreita relação entre a Aids e os gays não encontrou sustentação no percurso traçado pela epidemia, que, em um período relativamente curto, já havia atingido populações distintas, indicando, inclusive, outras formas de transmissão além da sexual, ela logrou êxito ao se amparar em discursos e práticas alicerçados sobre informações incompletas e – muitas vezes - distorcidas acerca da causa da doença e das possibilidades terapêuticas a ela relacionadas. Enquanto avançasse clínica e epidemiologicamente em busca da identificação do agente infeccioso e das formas de evitar e tratar a Aids, do ponto de vista social, uma onda de estigma, preconceito e medo ganhava força.

2.7 Entre revoluções e retrocessos: a cruzada moral contra os homossexuais

O vírus da Aids atingiu a humanidade em um período em que importantes transformações sociais, políticas e econômicas ganhavam contorno. Particularmente no campo das relações íntimas se vivia desde meados da década de 1960, quando a chamada revolução sexual foi iniciada no mundo ocidental, sob a égide de uma “crescente ‘politização’ do comportamento cotidiano e a valorização do espaço de ação privada dos sujeitos individuais” (PEREIRA, 2004, p.53). A revolução que impulsionou o amplo debate acerca das noções de sexualidade, gênero e, conseqüentemente, tornou questionável a solidez creditada às instituições tradicionais, como a família e o matrimônio, promoveu importantes impactos na sociedade ocidental moderna, marcando, principalmente, o comportamento

sexual humano (ALLYN, 2000; RICHARDSON, 2000; ESCOFIER, 2003; BASTOS, 2006).

Essa nova ordem, instaurada vinte anos antes do advento da epidemia de HIV/Aids, tornou-se possível graças ao desenvolvimento da pílula anticoncepcional que provando-se um método contraceptivo mais eficaz do que os existentes à época, permitiu a desvinculação entre sexualidade e procriação, fornecendo as bases para a emancipação sexual feminina. Na esteira dessas mudanças de paradigma, viu-se um deslocamento moral em torno da função social do sexo. Antes limitado à reprodução, assunto restrito à alcova dos amantes (FOUCAULT, 1988), o sexo passou a ser fonte de prazer pessoal e individual, motivando experimentações de todas as ordens e visibilizando estilos de vida e comportamentos não hegemônicos (PEREIRA, 2004), ascendendo, assim, sobre a forma de contestação política de grupos minoritários, tais como as mulheres e os homossexuais.

Neste contexto em que “novas formas de racionalidade, novas formas de comportamento, novas formas de contestação política, novas formas culturais; enfim, um novo *ethos* se fazia presente” (PEREIRA, 2004, p. 54), assistia-se, em meados da década de 1970, a emergência e consolidação de movimentos e lideranças homossexuais⁷⁷. Em países como os EUA e o Brasil, junto à reivindicação política de reconhecimento identitário, viu-se o surgimento de espaços de lazer e organizações destinadas exclusivamente ao público *gay*, levando, inclusive, ao que Pereira (2004, p. 56) declarou ser “uma espécie de ‘hegemonia *gay*’ em certos meios artístico-intelectuais”. Frente à presença desta subcultura estimulada e instaurada pela maciça presença dos homossexuais no espaço público, acreditava-se que muitos preconceitos estivessem esfalecendo. O que não se sabia é que, ainda que encobertos pela mentalidade nascente e pelas recém-conquistadas garantias, encontravam-se, ainda vigorosos, o medo e o preconceito – alicerces de uma moral conservadora que em breve retornaria com força.

⁷⁷ Pereira (2004) pontua que nesse período viu-se o crescimento de movimentos homossexuais masculinos e femininos. No entanto, há uma clara legitimação pública de sujeitos e práticas homossexuais masculinas que, segundo ele, no Brasil foi fortemente influenciada pelo movimento *gay* norte-americano.

Quando, no início dos anos 1980, a síndrome causada pelo HIV foi, finalmente, reconhecida como um novo e importante problema de saúde, a rapidez com que se disseminou e a letalidade que apresentou trouxeram à tona toda a aversão - até então encoberta pelo discurso politizado e questionador dos movimentos alinhados à narrativa instituída pela contracultura (ANDERSON, 1995; ALLYN, 2000; KLEPACKI, 2008) - às sexualidades não hegemônicas.

Nem mesmo os pesquisadores e profissionais da saúde conseguiriam se desvencilhar facilmente das amarras conservadoras. Nos EUA, ao se depararem com o crescente número de casos ligados à nova e desconhecida infecção – nomeada, em 1982, GRID -, os(as) pesquisadores(as) ligados(as) ao CDC lançaram mão de metodologias e divulgaram conclusões que em pouco tempo, ao se associarem a um resistente conservadorismo, tornariam os homens homossexuais, não vítimas de uma nova e incontrolável epidemia, mas algozes de si mesmos.

Em sete meses, o HIV já estava presente em 15 estados norte-americanos e os EUA assistiram ao aumento de cinco para 152 casos de Aids (entre junho de 1981 e janeiro de 1982). Igualmente assustadora, a taxa de mortalidade já chegava a 40%, quando 88 mortes ligadas à síndrome foram notificadas. Ao final de 1982, os casos da recentemente renomeada infecção já somavam 295 e as mortes chegavam a 119, vitimando indivíduos em 17 estados americanos, cenário frente ao qual se estimava que em pouco tempo a mortalidade por Aids alcançaria a marca dos 100% (GALVÃO, 2002).

Com recursos humanos e financeiros escassos, pesquisadores(as) do CDC, que acreditavam estar diante de uma nova doença sexualmente transmissível (DST), iniciaram em 1982 uma pesquisa com o intuito de compreender suas vias de transmissão, traçando retroativamente a rede de intercursos sexuais que se formavam a partir dos indivíduos já diagnosticados. De modo que, ao levantarem informações sobre os homens com os quais os indivíduos infectados e diagnosticados haviam se relacionado sexualmente nos últimos meses, os(as) pesquisadores(as) constataram que muitos deles estavam ligados sexualmente entre si, confirmando a hipótese de que se

tratava de uma infecção transmitida pelo sexo⁷⁸. Os(as) pesquisadores(as) também chamaram atenção para o fato de que a maioria dos entrevistados, ao relatar e nomear seus parceiros sexuais indicava conhecer um mesmo homem, aquele que, anos depois, passaria a ser conhecido por ter, supostamente, introduzido o vírus da Aids nos EUA, Getan Dugas.

Dugas (1953-1984), um comissário de bordo franco-canadense, fora diagnosticado com Sarcoma de Kaposi em maio de 1980 (MCKAY, 2013) e quando interpelado pelos pesquisadores do CDC sobre suas práticas sexuais, afirmou frequentar saunas com frequência e ter cerca de 250 relações sexuais por ano, entregando a eles uma lista com o nome de, pelo menos, 73 parceiros com quem estivera recentemente. Esse estudo preliminar conduzido pelo CDC, apontou que Dugas teve contato direto com oito homens diagnosticados com a síndrome, quatro em Nova York e quatro em Los Angeles, vinculando-se, indiretamente, a cerca de 40 casos de Aids.

Na incessante busca pela origem da Aids e por possíveis responsáveis por sua rápida disseminação, Getan Dugas – agora denominado o “paciente zero”⁷⁹ – parecia incorporar todos os elementos capazes de explicar, ainda que parcialmente, a emergência da nova infecção em território norte-americano: comissário de bordo, viajava regularmente para diversos países do mundo, podendo ter entrado em contato com algum vírus local ainda desconhecido; frequentador assíduo de espaços de lazer e interação sexual destinados os gays – grupo, à época, prioritariamente atingido pela infecção -, e assumindo ter um alto número de parceiros sexuais ao longo de um ano, estava frequentemente exposto a possíveis infecções sexualmente transmissíveis (IST); e, por fim, encontrando-se ligado, direta e indiretamente, a vários dos

⁷⁸ Nesse mesmo ano, as três principais formas de transmissão foram identificadas: sangue, gestante-feto/bebê, sexo (GALVÃO, 2002).

⁷⁹ O termo “paciente zero” é um jargão comumente utilizado no campo médico para indicar o indivíduo que primeiro contraiu uma determinada doença. Nesse caso em especial, especulava-se que possa ter havido uma confusão quando da interpretação e divulgação do relatório elaborado pelo CDC. Acredita-se que a referência feita pelos pesquisadores do CDC nos documentos que citavam Getan Dugas não dizia respeito ao primeiro caso de HIV nos EUA – o paciente 0 (numeral zero) -, mas ao “Paciente O” (letra O). Ou seja, originalmente, tratar-se-ia de um paciente infectado pelo HIV que vinha de fora do Estado da Califórnia (“*out-of-California*”) (MCKAY, 2014; Journal of American History, 2017; DARROW, 2017).

casos de Aids já conhecidos nos EUA, creditava-se à Dugas a chegada do vírus ao país.

Segundo McKay (2013), foi a partir de um estudo epidemiológico publicado no *American Journal of Medicine* (AVERBECK, 1984) que a hipótese de que Dugas havia transportado o vírus da Aids do continente africano para os EUA, introduzindo-o na comunidade *gay* ocidental, foi lançada. O caso, contudo, ganhou grande repercussão, em 1987 com a publicação do livro escrito por Randy Shilts – *And the Band Played on: Politics, People, and the Aids Epidemic* -, obra em que o jornalista documentou o início da epidemia de HIV/Aids na América do Norte.

Getan Dugas, conforme mostrariam estudos publicados no periódico científico *Nature*, 29 anos depois do linchamento moral ao qual foi publicamente submetido (McKAY, 2013), não foi o responsável pela propagação da Aids nos EUA. Ao contrário, ele foi uma das milhares de pessoas infectadas na década de 1970 quando o vírus teria sido, efetivamente, transportado do Caribe para a América. Esses estudos apontariam, ainda, para o papel fundamental que a cidade de Nova York teve no processo de disseminação da doença, a exemplo do que acontecera em Kinshasa, capital da República Democrática do Congo, no início do século XX.

De todo modo, ao demonizar Dugan, seu comportamento e práticas sexuais, abriu-se espaço para uma onda de criminalização das pessoas que viviam com HIV/Aids (PVHA), em especial, dos homens homossexuais. A devastação social produzida pela Aids em seus primeiros anos, não se limitou a minar, no momento presente, o bem-estar físico e emocional dos acometidos pela infecção, pois ela tirou deles toda e qualquer possibilidade de um futuro e apequenou, ainda que temporariamente, as significativas vitórias que grupos minoritários obtiveram anos antes de a epidemia emergir.

Menos de uma década antes do advento do HIV/Aids, deu-se um importante passo no que concerne ao entendimento médico-científico acerca das experiências e vivências homossexuais. Até 1973, a homossexualidade (denominada, à época, homossexualismo) integrava a lista de doenças mentais elaborada pela Associação Americana de Psiquiatria. Dois anos depois, a

Associação Americana de Psicologia também retirou a homossexualidade de sua lista⁸⁰, fato que é definido por Ujvari e colaboradores (2014, p.660) como “a extinção de uma doença que jamais existiu”. No entanto, a epidemia de Aids engendrou um novo processo de medicalização das identidades e práticas homossexuais, fundando-se, principalmente, sobre o discurso da “perversão” e da “promiscuidade”, categorias que haviam sido moralmente ressignificadas ao longo dos vinte anos pós-revolução cultural/sexual, mas que retornavam com muita força e preconceito (PEREIRA, 2004).

Considerada “um dos símbolos da libertação sexual e cultural dos anos 60/70” (PEREIRA, 2004, p.59), a figura do *gay* encontrava-se, desde então, ligada à ideia de “contaminação”. Nesse caso específico, porém, tratava-se do sentido figurado do termo. A crescente presença da “comunidade *gay*” nos mais variados ambientes sociais, passava a impressão de que a influência conquistada sobre o cenário cultural havia tornado ultrapassado todo tipo de preconceito. Na prática, ao acusarem Dugas de ser um homem “espetacularmente promíscuo e [que] conscientemente disseminava o HIV transcontinentalmente” (McKAY, 2013, p.165), toda uma geração de homens homossexuais tornar-se-ia fonte da mais visceral e excludente violência. Diante do pânico coletivo instaurado pela síndrome, seus espaços de lazer seriam fechados⁸¹, seu direito de ir e vir seria cerceado⁸², seu sangue não mais seria bem-recebido⁸³ e sendo suas práticas sexuais diretamente relacionadas a uma das piores epidemias à que a humanidade assistiu, recomendar-se-ia que vivessem em total abstinência. Creditava-se o horror da Aids à existência física

⁸⁰ É importante mencionar que mesmo tendo sido retirada da lista de importantes associações ligadas à psiquiatria e à psicologia, a homossexualidade permaneceu na lista de doenças organizada pela OMS. Desse modo, o “homossexualismo” e todos os sintomas a ele associados, pode ser encontrado na edição da Classificação Internacional de Doenças de 1977 (CID/77), sendo retirado apenas em 1990, quando a lista foi finalmente revista e atualizada (LAURENTI, 1998).

⁸¹ A título de exemplo, Galvão (2002) afirma que em 1982, todas as saunas *gays* sediadas em São Francisco, EUA, foram fechadas.

⁸² Em 1987, por exemplo, os EUA aprovaram uma legislação proibindo que pessoas com HIV/Aids entrassem no país (GALVÃO, 2002).

⁸³ Como nos casos que há impedimento de que essa população doe sangue.

e aos desejos desses indivíduos, ao mesmo tempo em que lhes era negada a possibilidade de existirem socialmente.

2.8 Silêncio = morte: **ativismo e HIV/Aids**

Durante a II Guerra Mundial, os nazistas utilizavam um triângulo rosa invertido para marcar os homossexuais que eram capturados e levados para campos de concentração. Quando a epidemia de Aids emergiu no final do século XX, ativistas norte-americanos que atuavam no combate à síndrome passaram a utilizar o mesmo triângulo rosa, agora em seu sentido reverso, acrescentando-lhe a legenda “silêncio=morte”.

A associação entre imagens que remetem à perseguição de homossexuais e as expressões silêncio e morte nunca foi, no contexto da epidemia de HIV/Aids, gratuita. Razão pela qual as forças que haviam se unido logo após a emergência da chamada revolução sexual, com o intuito de dar visibilidade às práticas, experiências e identidades homossexuais, foram, duas décadas depois, de fundamental importância para a constituição de um campo de enfrentamento à epidemia da Aids.

Nos primeiros anos de epidemia, mesmo diante de um crescente número de casos envolvendo a doença, os governos nacionais demoraram a reconhecer o potencial epidêmico do HIV (GALVÃO, 2002). Enquanto alguns países julgavam ser impossível o surgimento e expansão de uma nova epidemia, dado que a moléstia, nesse período, havia atingido um único grupo social – os homens homossexuais -, outros negavam oficialmente a existência da doença (África do Sul, por exemplo). Diante do silenciamento dos gestores públicos, da lentidão das respostas governamentais, dos novos casos e mortes que se acumulavam e da crescente discriminação frente aos indivíduos e grupos considerados “de risco”, a Aids suscitou uma nova modalidade de ativismo social.

A complexa doença incitou a organização de inúmeros coletivos em todo o mundo. Atuando em distintas áreas, alguns grupos destinavam suas ações para o apoio dos doentes e suas famílias, outros se dedicavam a discutir sobre o desenvolvimento de medicações e, posteriormente, como torná-las mais acessíveis; outros, ainda, investiam seus esforços na conscientização sobre a doença e na divulgação de métodos preventivos (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015b). O HIV deixava de ser um problema individual, particular, para se tornar um problema público e político.

Embora reconheçamos a relevância do debate instaurado acerca das condições necessárias para um coletivo ser alçado ao *status* de movimento social, neste momento, nos limitaremos a elencar os elementos que, ao despontarem no contexto do enfrentamento ao HIV/Aids, passaram a constituir o que Pelúcio (2007), amparada em Santos (1997), denomina de “novo movimento social”. Segundo esses autores, o que, de modo geral, caracteriza os “novos movimentos sociais” é a luta contra formas de opressão que atingem “grupos transclassistas ou mesmo a sociedade em seu todo” (SANTOS, 1997 *apud* PELÚCIO, 2007, p. 123), em detrimento da luta direcionada aos problemas que afetam classes sociais específicas.

Ademais, o movimento civil organizado em torno da Aids, tendo sido constituído, em grande medida, por pessoas que se viram direta ou indiretamente afetadas pela doença, trouxe à cena um modelo de ativista cujo engajamento político era, em grande medida, atravessado por “elementos de fundo pessoal” (PELÚCIO, 2007, p.122), à diferença do que, tradicionalmente, se verificava em militantes vinculados a sindicatos e partidos políticos, por exemplo. Contando com características, consideradas, à época, peculiares, o movimento de luta contra a Aids constituiu, segundo Silva (1999), um campo próprio, unindo à lógica dos movimentos sociais, a das ONGs e a dos grupos de ajuda mútua. Independentemente do foco de suas ações, esses grupos cumpriram um importante papel que se estendeu também à vida privada dos envolvidos.

Na esfera pública, os Estados já não podiam mais silenciar diante das inúmeras vozes que se uniam para denunciar o descaso com que era tratada a

nascente epidemia de HIV. Da mesma forma, as chamadas ONGs/Aids, repudiavam toda e qualquer ação que, destinada à enfrentar (ou negar) a epidemia, ferisse os direitos daqueles que se viam afetados pela doença (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015b). Esses movimentos foram os responsáveis, dentre outras coisas, por humanizar e politizar a linguagem em torno da doença, principalmente, mas não unicamente, em contextos não médicos (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015b), impactando, sobretudo, a produção e divulgação da mídia não científica.

No que diz respeito ao campo da linguagem e à forma como a discriminação em relação aos doentes se tornava não apenas explícita como, também, oficial, Seffner (2001) propõe uma interessante discussão acerca do processo classificatório iniciado a partir do surgimento da Aids e, nesse contexto, os elementos que tornaram o termo “aidético” a denominação do que poderia ser considerado “quase uma espécie” (SEFFNER, 2001, p. 386).

Diferentemente do que se possa imaginar, o uso do termo “aidético” como referência aos indivíduos infectados pelo HIV ou acometidos pela Aids, não se limitou à mídia comercial e ao linguajar comum. Ao contrário, como nos mostra Fernando Seffner (2001, p.386), esse era um termo corrente também “na rede de saúde, no discurso médico” e, em 1986, quando foi incluído no dicionário, passou a integrar oficialmente a língua portuguesa carregando os seguintes sentidos:

Aidético. Adj.1. Diz-se daquele que contraiu a Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida ou padece desta doença: “em Nova Iorque milhares de estudantes e pais lutam para impedir que outra criança aidética continue a frequentar a escola pública”. (Manchete, 28/9/85). *S.m. 2. Indivíduo aidético: os aidéticos da penitenciária foram isolados (Novo Dicionário Aurélio, 1986 *apud* SEFFNER, 2001, p. 387).

Para Seffner (2001), em nossa sociedade, outros grupos marginalizados seriam, igualmente, considerados espécies e, não gratuitamente, comporiam o chamado “grupo de risco” para Aids (homossexuais, homens e mulheres profissionais do sexo, travestis e usuários de drogas), mas o processo de categorização social no contexto do HIV/Aids possui características

específicas, na medida em que o sujeito deixa de *estar* doente, para se tornar um reflexo da mazela que o aflige:

O coroamento desse processo classificatório, no caso da Aids, é a criação da espécie denominada “aidético”, quando então todos os atributos do indivíduo ficam subsumidos à doença. O indivíduo não *tem* uma doença, ele não *está* doente, mas ele é um “aidético” (SEFFNER, 2001, p. 386).

Frente ao uso de termos discriminatórios e que, invariavelmente condenavam os doentes à marginalização, os movimentos de enfrentamento à Aids passaram a utilizar termos como “doentes de Aids”, “soropositivos” e, mais recentemente, “pessoas vivendo com HIV/Aids” (SEFFNER, 2001). A Aids deixava de ser, ao menos no discurso, um ente, cuja existência parecia não apenas se impor à humanidade como também a reduzia à sua presença, para se tornar uma marca social entre tantas outras possíveis. A politização da linguagem permitiu que a doença se somasse às experiências humanas, sem se sobrepor a elas.

Nesse sentido, o diálogo com a mídia comercial não se deu apenas pelo processo de discussão e adequação da linguagem (escrita e imagética) concernente à doença e aos doentes, mas, também, pelo uso desse espaço para informar e conscientizar sobre a síndrome. Nos primeiros anos da epidemia, era relativamente comum que ativistas se postassem junto aos médicos e outros profissionais da saúde para investigar sobre a nova doença (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a). Uma vez que eram a um só tempo, afetados pela infecção, militantes políticos e especialistas/estudiosos do assunto, esses atores guardavam, de fato, características que tornariam o movimento político contra o HIV distinto daqueles à época conhecidos.

Na esfera privada, de acordo com Pelúcio (2007, p.120), “o ativismo proporcionou a construção e a rearticulação de ‘identidades’ por meio da experiência subjetiva da doença e da sua politização”. A autora, ao realizar uma pesquisa sobre a relação entre as ONGs/Aids e o Estado brasileiro, foi levada a pensar sobre o processo de construção da identidade militante por parte daqueles que antes viviam às sombras em virtude da Aids. Sobre a trajetória desses indivíduos, ela comenta que lhe chamava a atenção:

[...] a maneira como as pessoas que participavam do 'movimento Aids' narravam sua 'transformação' a partir do engajamento em ONGs/Aids ou simplesmente frequentando mais amiúde encontros e eventos promovidos pelas mesmas. Homens e mulheres que antes de se saberem soropositivos tinham pouco ou nenhum envolvimento político mais aguerrido, se viam, após o diagnóstico e uma fase de adaptação à nova condição sorológica, obrigados a conviverem com uma nova 'identidade'. Situação quem sabe muitas vezes imposta, mas ainda assim incorporada (PELÚCIO, 2007, p.121).

Ao tornarem o HIV/Aids uma questão política, os movimentos de enfrentamento à epidemia lançaram luz àqueles que viviam com a doença, recolocando-os no centro das atenções. Viabilizando, por um lado, espaços de cuidado e oferecendo instrumentos para que os doentes superassem o estigma relacionado à doença; e, por outro, ao demandarem e pressionarem as autoridades públicas, constituindo-se como importantes atores no campo das políticas públicas.

2.9 Considerações Parciais

[...] a história tem por função mostrar que aquilo que é nem sempre foi, isto é, que é sempre na confluência de encontros, acasos, ao longo de uma história frágil, precária, que se formaram as coisas que nos dão a impressão de serem as mais evidentes. Aquilo que a razão experimenta como sendo sua necessidade, ou aquilo que antes as diferentes formas de racionalidade dão como sendo necessária, podem ser historicizadas e mostradas as redes de contingências que as fizeram emergir [...] (FOUCAULT, 2006, p. 499).

As epidemias, de um modo geral, guardam semelhanças entre si. Não raro, diante do desconhecimento acerca do agente patogênico, da evolução da doença, de possíveis tratamentos e de seu potencial infeccioso e/ou letal, o medo tende a imperar e a ditar as regras. Algumas, porém, tais como parte das que mencionamos ao longo desse capítulo, marcam os corpos não apenas com feridas fétidas e purulentas, mas, acrescentam a essas, marcas invisíveis, igualmente profundas e dolorosas. Se o desconhecimento e o medo fazem-se presentes em grande parte dos grupos humanos vitimados por epidemias, a culpabilização e a marginalização que deles decorrem, são consequências que se associam a doenças específicas.

Assim, enquanto seis séculos separam a Aids de uma das maiores epidemias conhecidas no mundo Ocidental – a Peste Bubônica -, as reações daqueles que assistiram às suas emergências, as aproximam. Não obstante os séculos XIV e XX fundamentarem suas práticas e concepções sobre distintos paradigmas epistemológicos e ontológicos, as primeiras respostas às epidemias que marcaram ambos os períodos apontam para caminhos comuns. Com frequência creditou-se à fúria divina diante dos comportamentos pecaminosos de homens e mulheres, o castigo que se manifestaria em doenças avassaladoras, dolorosas e fatais.

Em outros momentos, porém, atribuiu-se a expansão e disseminação dessas mazelas a outros grupos humanos; primeiro, aos estrangeiros – via de regra, aqueles considerados “inimigos” do coletivo vitimado -, e, depois, aqueles que, estando entre seus conterrâneos, não viviam de acordo com a moral vigente. De uma forma ou de outra, as doenças eram consideradas como

sendo do “Outro”. Esse, por sua vez, precisava ser afastado da coletividade – física e moralmente - “sadia”. Enquanto no século XIV, esse afastamento se deu via isolamento físico dos doentes e, depois, de seus corpos mortos; no século XX, diante da impossibilidade de se levar adiante semelhante projeto, realizou-se um afastamento simbólico e social, tão ou mais devastador do que aquele de seis séculos antes.

O surgimento de novas doenças e a disseminação de epidemias com alto potencial letal trazem à tona comportamentos e sentimentos que frequentemente permanecem às sombras em prol de uma vida social pacífica e harmoniosa. Quando, no entanto, algumas epidemias prolongam-se no tempo, independentemente do conhecimento que se tem delas e das respostas a elas destinadas, fenômenos como o medo, a culpabilização e a marginalização são, juntamente com a moléstia a que estão ligados, enraizados no tecido social. Esse nos parece ser o caso do HIV/Aids.

A Aids, apesar dos inúmeros avanços científicos que floresceram no século XX, mostrou-se, desde o início, um agravo altamente letal cuja dinâmica - em termos biológicos e sociais – era difícil de ser compreendido. Com um potencial devastador, a doença engendrou um cenário em que tanto as intervenções quanto a produção de conhecimentos acerca de sua origem, impacto social, formas de transmissão e alternativas preventivas e terapêuticas, passaram a ser permeadas pelo medo e por suspeitas que, atravessadas por preconceitos e moralidades conservadoras encontraram rapidamente sujeitos e comportamentos sobre os quais se debruçar. Esses indivíduos, contudo, diante do forte preconceito que sofriam e do silenciamento de líderes políticos e agentes governamentais frente à doença que, à época, os penalizava, quase que exclusivamente, recusaram-se a permanecer passivos diante da epidemia.

O HIV, além de ser transmitido pelo sangue, também o é por fluídos corporais diretamente relacionados às práticas sexuais, levando o campo da sexualidade para o interior das discussões e práticas médicas. Esse não é um vírus complexo unicamente por suas características genéticas, mas porque incorporou à sua dinâmica biológica uma série de questões sociais que nos são

caras. Ademais, é preciso reconhecer que sua existência antecede em muitos anos a sua disseminação pelo planeta, razão que nos leva a buscar respostas sobre sua virulência em outros campos do conhecimento que não aquele que se dedica a estudar organismos dessa natureza. O reconhecimento da Aids como um fenômeno multidimensional e, portanto, a necessidade de agregar, para o seu entendimento, variáveis sociopolíticas e econômicas àquelas de ordem biológica, é, sem dúvida, um avanço do ponto de vista metodológico e político.

A epidemia causada pelo HIV levantou questões sobre sexualidade, genética, o papel da mídia na construção social de uma epidemia, a prática e os limites éticos da ciência, sobre possíveis consequências, independentemente dos benefícios, de experimentos científicos realizados com animais não humanos. Ela nos colocou diante do papel das guerras, da colonização e, portanto, das decisões econômicas e políticas em meio à disseminação de doenças mortais.

Assim, ao examinarmos a trajetória da síndrome, desde suas primeiras manifestações em território africano, por volta de 1920, até sua chegada à América do Norte, no final da década de 1970, pretendemos destacar alguns dos elementos que fazem da Aids, uma epidemia mutante e dinâmica. A característica cambiante, pois forjada não apenas por fatores biológicos, mas também por distintos contextos socioculturais e econômicos – e porque não dizer, políticos -, nos possibilita compreender as formas pelas quais distintos grupos humanos a ela responderam desde o seu surgimento. Não almejamos mostrar, a despeito das conquistas e avanços médicos e sociais, uma espécie de história da “evolução” do HIV/Aids, mas, sim, apontar os lugares, contextos e disputas de forças nos quais a doença e as respostas à ela emergiram. O olhar para o passado, tal como entendemos, permite-nos refletir sobre as concepções e práticas que fundamentam as respostas governamentais atuais.

3 TEMPORALIDADES, TERRITORIALIDADES E ESPECIFICIDADES QUE DESCREVEM AS DIFERENTES EPIDEMIAS DE HIV/AIDS

A complexidade em torno da epidemia de HIV/AIDS, como vimos no capítulo anterior, se dá não apenas pelas suas particularidades biogenéticas, mas, também, pelas suas dinâmicas socioculturais. Desse modo, com o intuito de compreender a forma como diferentes temporalidades e especificidades epidêmicas se expressam em distintas territorialidades, dedicamos este capítulo à apresentação e discussão de dados epidemiológicos de diferentes níveis (globais, regionais [América Latina] e nacionais). Para tanto, as principais fontes de dados a que recorreremos foram: UNAIDS e Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS, fonte internacional e nacional, respectivamente.

A definição pelo banco de dados produzido pela UNAIDS, programa vinculado à Organização das Nações Unidas (ONU), como fonte primordial para contextualizar o cenário internacional e regional se justifica na medida em que se trata de um dos bancos mais completos e atualizados sobre HIV/AIDS no mundo. Criada em 1996, a UNAIDS tem auxiliado nações no desenvolvimento de ações direcionadas ao enfrentamento à epidemia e, também, tem reunido, analisado e publicizado dados epidemiológicos provenientes da maioria dos países do globo (UNAIDS, 2020).

A UNAIDS atualiza seu banco de dados a cada seis meses (unids.org.br/estatisticas) e publica relatórios com análises de estimativas globais nos meses finais de cada ano, tomando como referência os dados do ano precedente. Dessa forma, as informações concernentes ao período entre janeiro e dezembro de 2019 foram analisadas e publicadas no final de 2020. No momento da pesquisa da Tese, o relatório publicado em 2020 (com dados produzidos em 2019) continha as estimativas mais atualizadas sobre o quadro epidemiológico mundial. Optamos, contudo, por utilizar os dados de 2018 (UNAIDS 2019a; 2019b; 2019c), já consolidados (Quadro 1), em virtude da excepcionalidade sobre a qual os sistemas de vigilância epidemiológica de todos os países se viram no ano de 2020, por conta da nova pandemia de COVID-19.

Quadro 1: Resumo – Informações acerca dos indicadores epidemiológicos utilizados para contextualizar o cenário internacional e regional (América Latina)

Indicadores utilizados	Períodos disponíveis	Fontes	Limites quanto ao uso dos dados secundários
Nº PVHA ⁸⁴ (todas idades, global)	1990-2019	Estimativas UNAIDS (Aidsinfo.unaids.org); Relatórios UNAIDS (2019a;2019b;2019c;2020)	<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade das informações epidemiológicas repassadas à UNAIDS; • Alto percentual de informações subnotificadas (escolaridade, renda, categoria de exposição, etc.); • Alguns países não enviam informações epidemiológicas à UNAIDS (nações do Oriente Médio, por exemplo).
Nº PVHA (menos de 15 anos de idade, global)	1990-2019	Estimativas UNAIDS (Aidsinfo.unaids.org); Relatórios UNAIDS (2019a;2019b;2019c;2020)	
Nº mortes ligadas à Aids (todas idades, global)	1990-2019	Estimativas UNAIDS (Aidsinfo.unaids.org); Relatórios UNAIDS (2019a;2019b;2019c;2020)	
Percentual PVHA no continente africano	1990-2019	Estimativas UNAIDS (Aidsinfo.unaids.org); Relatórios UNAIDS (2019a;2019b;2019c;2020)	
Comparativo total mortes por Aids por década (todas idades, global)	1990-2019	Estimativas UNAIDS (Aidsinfo.unaids.org); Relatórios UNAIDS (2019a;2019b;2019c;2020)	
Percentual PVHA (populações-chave e seus parceiros, global)	1990-2019	Estimativas UNAIDS (Aidsinfo.unaids.org); Relatórios UNAIDS (2019a;2019b;2019c;2020)	

Fonte: Elaboração própria com base nas informações disponibilizadas por UNAIDS (2019a; 2020).

Em nível nacional, contamos com os dados brutos disponibilizados no Painel de Indicadores Epidemiológicos de HIV/Aids e, também, com aqueles analisados e publicizados no Boletim Epidemiológico, ambos publicados anualmente

⁸⁴ PVHA é a sigla para Pessoa vivendo com HIV/Aids.

pelo Ministério da Saúde brasileiro. Os dados provenientes do Painel Epidemiológico serão utilizados na terceira parte desta Tese (e devidamente apresentados em momento apropriado), enquanto, neste capítulo buscaremos contextualizar o cenário nacional a partir das análises apresentadas nos Boletins Epidemiológicos mais recentes, 2019 e 2020 (Quadro 2).

Quadro 2: Resumo – Informações acerca dos Indicadores epidemiológicos utilizados para contextualizar o cenário nacional, regional e por Unidade da Federação

Indicadores utilizados	Períodos disponíveis	Fontes	Limites quanto ao uso dos dados secundários
Nº de casos de HIV/Aids no Brasil	1980-2019	<ul style="list-style-type: none"> • Painel de Indicadores Epidemiológicos HIV/Aids (indicadores.aids.gov.br); • Boletim Epidemiológico HIV/Aids (2019; 2020). 	Alto percentual de informações subnotificadas (escolaridade, renda, cor de pele, etc.).
Taxa de detecção HIV (por 100mil habitantes)	2008-2019		
Taxa de detecção de Aids (por 100 mil habitantes) segundo faixa etária e sexo	2008-2019		
Taxa de detecção de Aids (por 100 mil habitantes) segundo sexo e razão de sexos	2008-2019		
Taxa de detecção de HIV em gestantes	2008-2019		
Taxa de detecção de HIV em menores de cinco anos de idade	2008-2019		
Distribuição percentual dos casos de Aids em homens de 13 anos ou mais segundo categoria de exposição, por ano de diagnóstico	2008-2019		
Distribuição percentual dos casos de Aids segundo raça/cor de pelo, por ano de diagnóstico	2008-2019		
Coeficiente de mortalidade por Aids	1980-2019		

Fonte: Elaboração própria com base nas informações disponibilizadas pelo Boletim Epidemiológico HIV/Aids (2019; 2020).

Quanto aos limites encontrados em cada uma dessas fontes, ressalta-se a dependência da UNAIDS em torno dos sistemas de vigilância epidemiológicos nacionais e, sobretudo, da vontade política de seus governantes em tornar esses dados públicos. Razão pela qual, certos países não estão incluídos nas fontes por não terem disponibilizado seus dados epidemiológicos (como alguns países do Oriente Médio, por exemplo), tornando-se necessário que analisemos o quadro internacional a partir de estimativas.

Sobre a qualidade dos dados repassados aos organismos internacionais, podemos tomar o caso brasileiro como exemplo. Não obstante contarmos com um dos mais bem estruturados sistemas de vigilância epidemiológico do mundo, ainda lidamos com um alto percentual de subnotificações em relação a informações importantes como: “categoria de exposição”, “raça/cor autodeclarada” e “escolaridade” ignoradas nos impossibilita, por exemplo, termos uma visão clara sobre os grupos que estão mais vulneráveis à infecção pelo HIV/Aids no País, inviabilizando, assim, que programas e ações preventivas sejam direcionadas a quem mais necessita e, conseqüentemente, tornando a política de enfrentamento à Aids menos eficaz.

No Brasil, a notificação de casos de Aids é compulsória desde 1986⁸⁵ e a notificação de infecção pelo HIV, compulsória desde 2014⁸⁶, ou seja, na ocorrência de infecção pelo vírus ou de diagnóstico da síndrome, os casos devem ser reportados às autoridades de saúde. Apesar dessa dupla obrigatoriedade, observa-se uma importante subnotificação no Sistema de Agravos de Notificação (Sinan) que reúne variáveis inexistentes em outros sistemas (como categoria de exposição, por exemplo), resultando em um alto percentual de informações ignoradas. Conforme análise extraída do Boletim Epidemiológico de Aids (2019, p.16):

A observada subnotificação de casos no Sinan traz relevantes implicações para a resposta ao HIV/Aids, visto que permanecem desconhecidas informações relevantes no âmbito da epidemiologia, tais como o número total de casos, contextos, vulnerabilidades, entre outros. Além disso, a ausência de registro pode comprometer a racionalização do sistema para o fornecimento contínuo de medicamentos e as ações prioritárias voltadas às populações-chave e às populações mais vulneráveis.

⁸⁵ Quando foi publicada a Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986 (BRASIL, 1986), que tornou compulsória a notificação de Aids e sífilis congênita em todo território nacional.

⁸⁶ Ano em que foi publicada a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 (BRASIL, 2014), que inclui a infecção pelo HIV na Lista de Notificação Compulsória.

Sendo a análise epidemiológica uma das mais importantes etapas no processo de construção e consolidação de indicadores, elementos fundamentais para a elaboração e o monitoramento e avaliação de políticas públicas, observar com rigor a necessidade de notificar todos os casos de infecção e doença no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) e, igualmente, o preenchimento da ficha de notificação a fim de se garantir a qualidade dos dados, são pré-requisitos para a produção de respostas eficazes no âmbito do enfrentamento à epidemia de HIV/Aids.

3.1 Dos fatores que moldam diferentes epidemias: o caso do HIV/Aids

A epidemia global do HIV/Aids é volátil, dinâmica e instável e seus maiores impactos ainda estão por vir. No início de 1992, havia 12,9 milhões de pessoas no mundo inteiro (incluindo 4,7 milhões de mulheres, 7,1 milhões de homens e 1,1 milhão de crianças infectadas pelo HIV). Cerca de um quinto (2,7 milhões, 21%) desenvolveram Aids; delas, mais de 90% (aproximadamente 2,5 milhões) morreram. Os números tornam-se cada vez mais incertos à medida que olhamos para o futuro (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993, p. 2).

Quase três décadas nos separam do ano de publicação do relatório global sobre a pandemia da Aids produzido por Mann e colaboradores (1993 [1992]). À época, entre as preocupações dos autores, encontravam-se a dinamicidade e instabilidade da epidemia e, conseqüentemente, a dificuldade experimentada pelas autoridades de saúde em incorporar essas características às ações desenvolvidas pelos programas governamentais de enfrentamento à síndrome.

O tom pessimista assumido pelos autores era, em grande medida, justificado pela rapidez com que a epidemia se expandia por todo o planeta – e entre os mais diversos grupos sociais -, pela ampliação de cepas e subtipos do HIV e, portanto, pela existência de “uma epidemia global composta de milhares de

epidemias menores e mais complicadas” (MANN *et al.*, 1993, p.3), consequências da grande variabilidade viral do agente patogênico. Os autores também constaram que não havia nenhum país que, uma vez afetado pelo HIV/Aids, tivesse conseguido deter sua disseminação.

Passado mais de um quarto de século desde que os primeiros casos de Aids foram identificados em território norteamericano, não obstante as inegáveis conquistas nos campos biomédico, farmacêutico, político e jurídico, as preocupações de Mann, Tarantola e Netter (1993) acerca da inaptidão dos governos para desenvolver programas e ações capazes de cessar a constante (e, em muitos lugares, crescente) disseminação do vírus da Aids permanecem atuais. Desse modo, com o intuito de contextualizar e atualizar a discussão aqui empreendida, apresentaremos, de forma breve, dados acerca do cenário epidemiológico em nível mundial, regional (América Latina) e nacional (Brasil).

3.2 O HIV/Aids no panorama mundial

Os dados globais, metodizados com mais rigor a partir da década de 1990, corroborando as análises e previsões realizadas por Mann e seus colaboradores (1993), revelam a magnitude da pandemia e apontam para os obstáculos que, inevitavelmente, enfrentaremos em décadas futuras.

De acordo com UNAIDS (2019b), o progresso da epidemia de HIV/Aids é mensurado conforme a quantificação sobre novas infecções por HIV e mortes relacionadas à Aids. As estimativas⁸⁷ produzidas, sistematizadas e divulgadas pelo organismo que possui um dos bancos de dados mais atualizados e completos, possibilitam-nos conhecer e comparar a dinâmica da epidemia de HIV/Aids em todas as regiões do planeta.

⁸⁷ Os números aqui mencionados baseiam-se em estimativas modeladas de HIV. A metodologia utilizada para a sua produção consta no "Annex on methods" da publicação "Communities at the centre—Defending rights, breaking barriers, reaching people with HIV services" (UNAIDS, 2019).

Conforme relatório global publicizado em 2019 (UNAIDS, 2019a), no ano de 2018 cerca de 37,9 milhões de pessoas viviam com HIV em todo o mundo; a maioria delas residente em países em desenvolvimento. Esse fato nos faz questionar a atualidade dos elementos de caráter político, econômico e social que viabilizaram, no final do século XX, a expansão desse problema social e que podem estar igualmente associados ao quadro epidêmico em evolução nos dias que correm.

Em 2018, das quase 38 milhões de pessoas vivendo com HIV em todo o mundo, 1,7 milhão tinha, à época, menos de 15 anos de idade. Conforme estimativas da UNAIDS (2019a), nesse mesmo ano, foram registradas 1,7 milhão de novas infecções pelo vírus, enquanto 771 mil pessoas morreram em consequência de doenças ligadas à síndrome. Frente a esse cenário, o continente africano permaneceu abrigando, à semelhança do que ocorrera em anos anteriores, não apenas mais da metade dos novos casos de HIV/Aids do planeta como, também, 61% das mortes relacionadas à doença.

Desde sua emergência, há mais de trinta anos, a epidemia de HIV/Aids nunca afetou todas as regiões do planeta e todas as populações igualmente. Países empobrecidos, assim como, grupos historicamente marginalizados, foram – e ainda são – os mais penalizados (PEPIN, 2011; WHITESIDE, 2017). De modo que aqueles que já viviam em contextos de extrema pobreza e violação de seus direitos fundamentais, passaram a enfrentar, sob a égide da Aids, um aprofundamento dos processos de exclusão, estigmatização e miserabilidade (GALVÃO, 2000; GALVÃO, 2002).

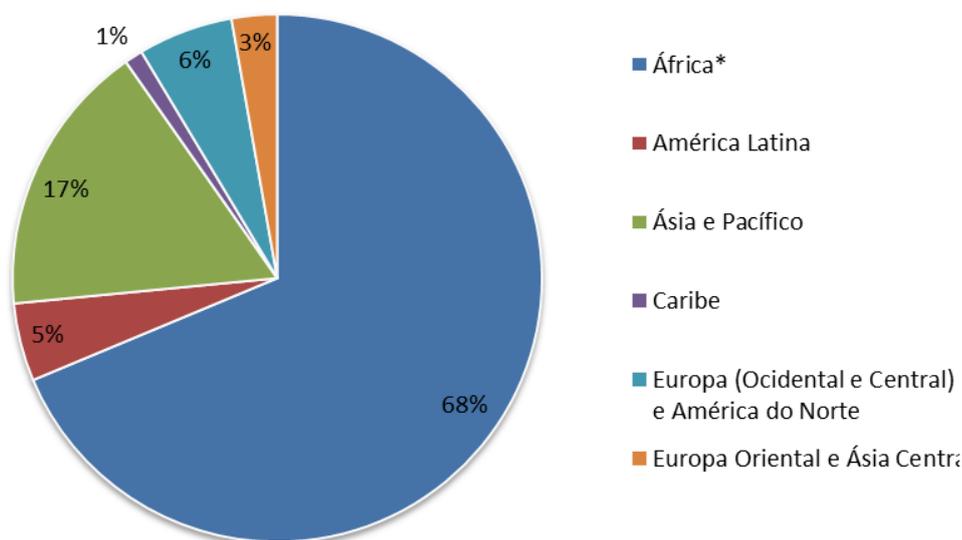
Embora, no início da epidemia, grande parte dos casos relatados tenha sido de norte-americanos e europeus, a maioria das pessoas infectadas encontrava-se, efetivamente, no continente africano (WHITESIDE, 2017). O autor menciona que em 1980, foram registradas 18 mil infecções por HIV na América do Norte, um mil na Europa, um mil na América Latina e em torno de 41 mil na África Subsaariana⁸⁸

⁸⁸ A região localizada ao sul do Deserto do Saara (daí a denominação subsaariana) é composta pelos seguintes países: África do Sul, Angola, Benin, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, Chade, Congo, Costa do Marfim, Djibuti, Guiné Equatorial, Eritreia, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Ilhas Comores, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malauí, Mali, Mauritânia, Maurício, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quênia, República Centro-Africana, Ruanda, República Democrática do Congo. São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, Somália, Sudão, Suazilândia, Tanzânia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbábue.

(WHITESIDE, 2017, p.37). Nos anos seguintes, percebe-se a continuidade desse padrão.

Estima-se que entre o período de 1990 e de 2018 cerca de 75 milhões de pessoas tenham sido infectadas pelo HIV em todo o planeta (UNAIDS, 2019a). Desses, 68% localizavam-se no continente africano (considerando-se, especificamente, as regiões ocidental, central, oriental e austral) (Gráfico 2).

Gráfico 2: Percentual PVHA, todas as idades, regiões mundo, 1990 a 2018.



*África Ocidental, Central, Oriental e Austral

Fonte: Elaboração própria com base em: UNAIDS. Estimativas, 2019a.

Segundo o organismo da ONU, o ano de 2018 inscreveu importantes conquistas no que concerne ao enfrentamento à epidemia. Globalmente, viu-se a redução em 40% nas novas infecções por HIV desde o seu auge, em 1997 (em 2018 registrou-se 1,7 milhão de novos infectados contra 2,9 milhões em 1997). Já em comparação com o ano de 2010, quando havia 2,1 milhões de novas infecções, a redução verificada em 2018 foi de 16% (UNAIDS, 2019a; UNAIDS, 2019b).

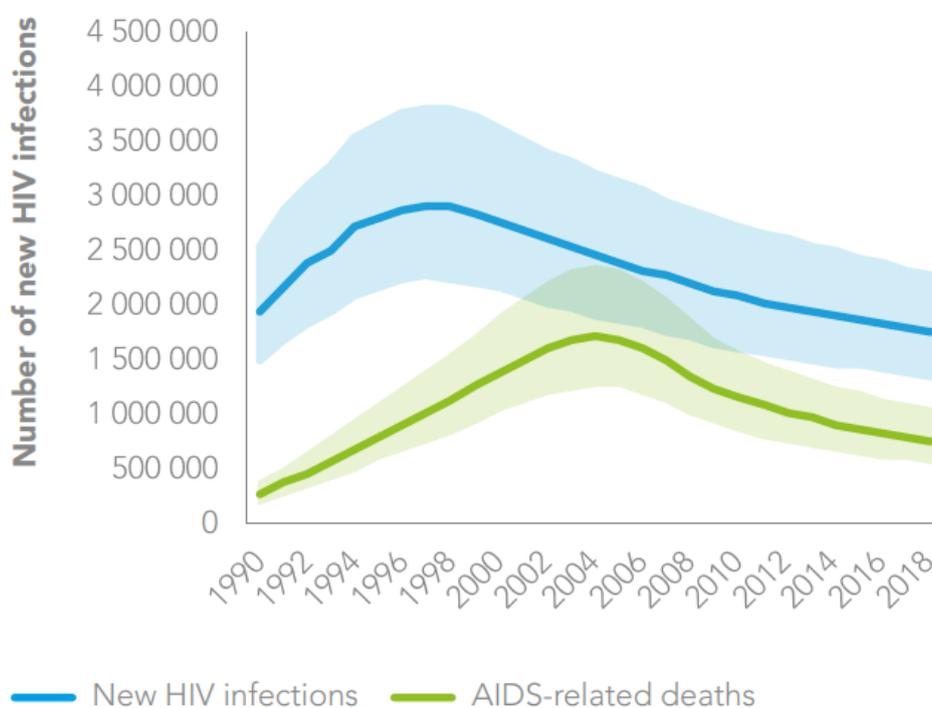
Apesar da redução verificada na última década (2008-2018), em 28 anos de epidemia (entre 1990 e 2018, período coberto pelas análises da UNAIDS), registrou-se um aumento global de 479% no número de pessoas vivendo com o vírus da Aids.

É importante mencionar que esse aumento não diz respeito apenas aos novos casos identificados e notificados a cada ano, mas, também, à sobrevida garantida às pessoas infectadas pelo HIV após o advento da terapia antirretroviral (TARV), em 1996 (MBALI, 2013).

O primeiro medicamento utilizado no enfrentamento à Aids foi o Azidothymine (AZT), em 1987. Originariamente destinada ao tratamento do câncer, essa droga passou a ser comercializada em 1964. Por ser extremamente tóxica, ela contribuiu para a morte de muitos indivíduos soropositivos que dela faziam uso. Foi a partir de 1996 que o tratamento antirretroviral de alta atividade passou a ser desenvolvido e inserido no protocolo de tratamento de pessoas que vivem com HIV/Aids. Esse modelo de tratamento combina três ou mais medicamentos antirretrovirais com objetivo de cessar a replicação do HIV (entre as combinações possíveis pode-se incluir, inclusive, o AZT). Uma vez que se mostrou menos tóxico e mais eficaz que o medicamento anteriormente utilizado, considera-se que o TARV uma revolução no que concerne ao tratamento e prognóstico do HIV (MBALI, 2013).

Dado que a adesão à TARV impede a multiplicação viral e interrompe a progressão da síndrome, os indivíduos soropositivos para o HIV podem permanecer assintomáticos por décadas, uma das razões pelas quais observamos um maior número de pessoas vivendo com o vírus a cada ano. Na medida em que consideramos a ampliação da expectativa de vida nos cálculos referentes ao número de pessoas vivendo com o HIV, verificamos, igualmente, uma redução importante no número de mortes relacionadas à síndrome ao longo dessas quase três décadas acompanhadas pelo organismo da ONU (Gráfico 3).

Gráfico 3: Número de novas infecções por HIV e mortes relacionadas à Aids, global, 1990-2018



Fonte: UNAIDS. Estimativas 2019a, p.6.

Se é indiscutível que os medicamentos antirretrovirais aumentaram a qualidade e expectativa de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA), tornando-a uma doença crônica manuseável e não mais fatal e, da mesma forma, novas tecnologias foram incorporadas tanto no processo de diagnóstico quanto de prevenção e tratamento, também o é, como já fora mencionado, que a dinamicidade própria do HIV/Aids apresenta distintas consequências em curto, médio e longo prazos (WHITESIDE, 2017).

Nos primeiros anos da epidemia, dado que o agente causador da Aids não havia sido isolado, assim como se desconhecia os meios de transmissão e sua progressão clínica, era habitual que os indivíduos infectados pelo HIV só fossem identificados após a manifestação dos primeiros sintomas, ou seja, cerca de 10 anos após a soroconversão. Com o sistema imunológico enfraquecido, essas pessoas, quando finalmente acessavam os serviços médicos, já apresentavam uma série de outras doenças graves e/ou atípicas em indivíduos que não apresentavam histórico de imunodepressão (cânceres, hepatites, pneumonias, tuberculose, infecções

fúngicas, bacterianas, sexualmente transmissíveis, etc.), quadro que as levava, em um curto período de tempo, à morte.

O intervalo temporal existente entre a soroconversão e a manifestação sintomática da síndrome, em um contexto de recursos terapêuticos escassos e até mesmo inexistentes, explica, em parte, o fato de a década de 2000 ter registrado o maior número de mortes associadas à Aids desde a sua emergência. Estima-se, assim, que em 2004, ano marcado pelo ápice de mortalidade relacionada à infecção, 1,7 milhão de pessoas tenham sucumbido à moléstia.

Tabela 3: Comparativo total mortes por Aids por década (todas idades/global)

Década referência	Total mortes/Aids (milhões)	Média mortes Aids/anual (milhões)
1990-1999	7.520	752
2000-2009	15.300	1.530
2010-2018	8.480	942

Fonte: Elaboração própria com base em: UNAIDS. Estimativas, 2019a.

De acordo com o relatório da UNAIDS (2019a; 2019b), a redução das mortes relacionadas à Aids, contabilizando o período entre 2004 e 2018, foi de 56%. Quando comparamos 2004 – pico de mortalidade – com 2018, verificamos o declínio de 1,7 milhão para 770 mil mortes em todo o mundo (UNAIDS, 2019).

O declínio, porém, parece ter sido mais acentuado nos anos subsequentes a 2010, quando 1,2 milhão de mortes associadas à epidemia foram registradas. Nos nove últimos anos considerados (2010 a 2018), estima-se que a mortalidade por Aids tenha diminuído 33%.

Essa diminuição de mortes relacionadas à síndrome causada pelo HIV está relacionada ao desenvolvimento de novos e mais potentes fármacos. Devemos considerar, portanto, que se conseguíssemos garantir a distribuição gratuita de ARVs a todos os que dele necessitam, a taxa de mortalidade de Aids diminuiria consideravelmente.

Uma maior redução da taxa de mortalidade por Aids, não se deu, no entanto, pela incapacidade das drogas interromperem a multiplicação viral ou conterem o avanço da moléstia, mas, ao contrário, pela impossibilidade, ineficiência ou indiferença dos governos em garantir acessibilidade igualitária à medicação a todos os segmentos sociais afetados pela síndrome e em todas as regiões do planeta. Ademais, não obstante o rápido avanço averiguado no campo do tratamento do HIV/Aids, o contínuo aumento de novas infecções, entre as populações consideradas chave, demarca as lacunas existentes nas políticas e ações preventivas em voga (UNAIDS, 2019a).

A complexidade em torno da redução de novos casos e da mortalidade relacionada à Aids não se limita, no entanto, à inacessibilidade dos medicamentos e à ineficiência das políticas de prevenção. Conforme análises realizadas pela UNAIDS (2019a) há que se considerar que, mesmo em contextos em que o tratamento antirretroviral esteja amplamente disponível, ainda existe a possibilidade de um grande contingente populacional não ser testado para o HIV⁸⁹. Estimativas globais referentes ao ano de 2018 informam que cerca de 8,1 milhões de pessoas não sabiam que estavam vivendo com o vírus da Aids (UNAIDS 2019a).

Nesses casos, não é raro que os indivíduos sejam testados tardiamente, acabando por ser identificados como soropositivos quando a síndrome já se apresenta bastante avançada. Igualmente, em virtude do desconhecimento quanto à sua sorologia e da não utilização contínua de métodos preventivos, há uma maior possibilidade de que os(as) parceiros(as) sexuais de indivíduos assintomáticos, contraíam o HIV.

Vê-se, assim, com otimismo o fato de que em 2018, 79% das pessoas que viviam com HIV conheciam sua sorologia, dessas, 62% estavam recebendo o TARV. Ou seja, 23,5 milhões de pessoas estavam acessando o tratamento antirretroviral em contraposição aos 7,7 milhões que o acessaram em 2010. Entre os indivíduos

⁸⁹ Diante desse problema, a UNAIDS lançou a Declaração Política de 2011 sobre HIV e Aids estabelecendo compromissos e metas com o intuito de impulsionar as respostas direcionadas à epidemia. Nesse sentido, lançaram a campanha conhecida como 90-90-90, que previa que até o ano de 2020 90% de todas as pessoas vivendo com HIV conheceriam seu *status* sorológico; 90% de todas as pessoas vivendo com infecção causada pelo HIV receberiam ARV e, 90% de todas as que estivessem recebendo ARV teriam supressão viral (UNAIDS, 2015).

que estavam em tratamento em 2018, mais da metade apresentava carga viral suprimida⁹⁰ (UNAIDS, 2019a).

Reconhece-se, da mesma forma, um avanço no que diz respeito à eliminação da transmissão vertical⁹¹. O aumento da provisão de TARV a mulheres grávidas reduziu em 41% o número de novas infecções relacionadas à transmissão entre gestantes e fetos/bebês. Enquanto em 2018 cerca de 160 mil crianças (zero-14 anos de idade) adquiriram HIV em todo mundo, em 2010 foram registrados 280 mil casos relacionados a essa na faixa etária correspondente. No entanto, se importante, esse indiscutível declínio ainda figura distante da redução de 95% prevista e almejada para o ano de 2020 (UNAIDS, 2019).

A expansão do TARV, considerado um êxito no campo do enfrentamento ao HIV/Aids, ampliou a expectativa e a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV e conjuntamente com a melhoria no tratamento para TB entre PVHA⁹², reduziu significativamente as mortes relacionadas à síndrome, como já mencionado.

Por outro lado, se as novas infecções por HIV e o número de mortes relacionadas à Aids compõem estimativas que nos permitem acompanhar o seu desenvolvimento em geral, aferições específicas relacionadas aos segmentos populacionais considerados essenciais para a resposta à epidemia são fundamentais para que se possa compreender particularidades nacionais, regionais e mundiais (BRASIL, 2017). A importância intrínseca da observação e do acompanhamento dessas populações encontra-se no fato de que as epidemias de HIV e Aids não se desenvolvem e tampouco as atingem de forma análoga, exigindo, por isso, ações focalizadas às necessidades de cada uma delas.

⁹⁰ A supressão viral é considerada uma ferramenta de prevenção do HIV/Aids. A adesão ao TARV permite que a carga viral atinja níveis indetectáveis, o que reduz consideravelmente a transmissibilidade do vírus (UNAIDS, 2016).

⁹¹ Diz-se de uma infecção transmitida da mulher para o feto durante a gestação (transmissão intrauterina) ou para o recém-nascido durante o parto ou amamentação.

⁹² Conforme dados globais mais recentes, a TB permanece sendo a principal causa de morte entre as PVHA, representando 1/3 das mortes relacionadas à Aids. Da mesma forma, estima-se que 49% das pessoas coinfetadas por HIV/TB, por desconhecerem sua sorologia, não recebem os cuidados necessários. O tratamento adequado reduz as taxas de mortalidade em cerca de 40% (UNAIDS, 2019a; 2019b).

3.3 Vigilância mundial do HIV: padrões epidêmicos e populações-chave

Após décadas de vigilância mundial do HIV/Aids, a UNAIDS e a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendaram que a epidemia fosse classificada em três estágios, segundo a prevalência⁹³ do vírus e da síndrome na população geral e em subpopulações: baixa intensidade, concentrada e generalizada (ONUSIDA/OMS, 2000; BRASIL, 2002).

Em 2002, o Ministério da Saúde lançou o documento “Vigilância do HIV no Brasil: novas diretrizes”, reforçando a importância de se adotar o modelo recomendado pelas agências internacionais e explicitando as diferenças e os *proxys* numéricos correspondentes a cada um dos estágios sugeridos para vigilância da epidemia.

Epidemia de baixa intensidade: Mesmo que a epidemia do HIV possa ser longa, ainda não foi alcançado um grau significativo de infecção em nenhum grupo específico da população. A infecção registrada concentra-se entre indivíduos com comportamentos de alto risco como, por exemplo, trabalhadores do sexo, usuários de drogas intravenosas e homens que fazem sexo com homens. Esse padrão indicaria que as redes de risco ainda são muito difusas (com pouca mudança de parceiros ou baixo uso compartilhado de drogas injetáveis) ou que o vírus se introduziu muito recentemente.

Proxy numérico: a prevalência do HIV não alcançou 5% em nenhum grupo da população.

Epidemia concentrada: A infecção pelo HIV disseminou-se rapidamente em um determinado grupo populacional, mas ainda não está bem estabelecida na população geral. Este estágio da epidemia indica a presença de redes ativas de risco entre as subpopulações. A trajetória da

⁹³ Segundo documento produzido pelo Ministério da Saúde do Brasil: “Estes números não correspondem às classificações científicas, mas são *proxy* de conveniência que têm como base a dinâmica da epidemia” (BRASIL, 2002, p.59).

epidemia será determinada pela frequência e natureza das relações das subpopulações de alto risco com a população em geral.

Proxy numérico: A prevalência da infecção pelo HIV mantém-se constante, em torno de 5%, em pelo menos um subgrupo da população. A prevalência da infecção pelo HIV é menor do que 1% entre as gestantes das áreas urbanas.

Epidemia generalizada: Neste tipo de epidemia, a infecção pelo HIV encontra-se estabelecida na população geral. Embora seja possível que subpopulações de risco ainda contribuam para a disseminação da infecção pelo HIV de maneira desproporcional, as redes de interações sexuais que existem na população geral são suficientes para manter uma epidemia independente daquelas das primeiras.

Proxy numérico: A prevalência da infecção pelo HIV encontra-se acima de 1% entre as gestantes (BRASIL, 2002, p. 59).

O conhecimento acerca do padrão epidêmico de um determinado território (município, estado, região e/ou país) permite que as ações de prevenção e tratamento sejam planejadas e direcionadas às populações mais afetadas.

De acordo com a análise produzida pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS, 2016), no período correspondente aos anos de 2010 a 2015, o número anual de novas infecções por HIV entre adultos (pessoas com 15 anos ou mais de idade) foi estimado em 1,9 milhão, permanecendo estático ao longo desses cinco anos. Contudo, entre as chamadas populações-chave, as taxas de infecção por HIV não eram apenas mais elevadas comparativamente à população geral como, também, apresentavam tendência constante de crescimento.

Em 2015, quando as principais contempladas pelas ações de enfrentamento à epidemia em nível global (profissionais do sexo, usuários de drogas intravenosas, transexuais, pessoas privadas de liberdade e homens que fazem sexo com homens – e seus[suas] parceiros[as] sexuais) – representavam 45% de todas as novas infecções por HIV (UNAIDS, 2016), a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nela foram elencados os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, entre os quais está incluída a meta 3.3 que, concernente à saúde, preconiza “até 2030, acabar com as epidemias de Aids,

tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis” (ONU, 2015, p. 35).

A inclusão do fim do HIV/Aids entre as metas necessárias para garantir o desenvolvimento sustentável, ilustra o reconhecimento enquanto ameaça que essa epidemia representa, não apenas à saúde pública, mas, também, para outros segmentos que dialogam diretamente com o conjunto das metas temporais estabelecidas pela ONU. Reconhece-se, assim, que não há como promover igualdade de gênero e empoderamento das mulheres, garantir uma vida saudável a todas as pessoas, sequer incentivar um modelo de crescimento econômico, inclusivo e sustentável capaz de reduzir desigualdades, sem antes deter epidemias tão complexas e abrangentes quanto a da Aids.

Em diálogo com a Agenda para o Desenvolvimento Sustentável da ONU, a OMS realizou em 2016, a 69ª Assembleia Mundial da Saúde. Nessa ocasião foi aprovada a Estratégia Global do Setor da Saúde sobre o HIV para 2016-2021 (*Global Health Sector Strategy on HIV for 2016-2021*). Entre as orientações que guiam as ações prioritárias preconizadas para os países membros, estão:

- Informações para ação focada (conhecer a epidemia e a resposta);
- Intervenções para impacto (que abrange uma gama de serviços necessários);
- Entregar com equidade (abrangendo as populações que precisam dos serviços);
- Financiamento para a sustentabilidade (cobrindo os custos dos serviços);
- Inovação para aceleração (olhando para o futuro) (OMS, 2016, p. 59).

Já em 2018, dois anos após a aprovação da “Estratégia... 2016-2021”, enquanto os dados globais, em seu conjunto, apontavam para avanços significativos na redução do número de novos casos de HIV e na mortalidade relacionada à Aids, o mesmo não podia ser dito em relação à realidade da maioria das regiões nem dos diferentes segmentos populacionais.

Assim, as análises produzidas pelo organismo da ONU indicam que, nesse mesmo ano, um importante declínio no número de novos casos de HIV foi verificado nas regiões da África Oriental e do Sul, cuja alta prevalência se encontrava entre a

população geral (configurando uma epidemia generalizada). Por outro lado, houve um considerável crescimento no número de novas infecções pelo vírus da Aids entre as populações prioritárias. Esse aumento foi aferido tanto na distribuição global das novas infecções, quanto em locais onde a prevalência de HIV se mostrava, até então, baixa (UNAIDS, 2019b; 2019c).

De modo que, não obstante comporem uma pequena parcela da população geral, as populações-chave representam, segundo a UNAIDS (2019b; 2019c) um importante contingente entre aqueles que vivem, e que passaram recentemente a viver, com HIV/Aids. Assim, considerando apenas o ano de 2018, os homens que fazem sexo com homens (HSH) representaram 17% das novas infecções por HIV; os usuários de drogas intravenosas responderam por 12%, enquanto os(as) profissionais do sexo representaram 6% das novas infecções globais.

No que tange especificamente a essas populações, grupos prioritários a serem considerados no planejamento, definição orçamentária e desenvolvimento das ações voltadas ao enfrentamento da Aids em nível global, entre os fatores que os tornam mais expostos à infecção encontram-se a marginalização e a estigmatização a que seus modos de vida, e suas orientações e práticas sexuais estão sujeitos. Uma vez que são submetidos a experiências recorrentes de homofobia, transfobia, violência e, em muitos países, criminalização, esses indivíduos tendem a não acessar um importante conjunto de políticas públicas - no caso da Aids, serviços de prevenção, testagem e tratamento -, na mesma proporção que a população geral (KERR, 1998; 2012; KENDALL *et al.*, 2019).

Para reduzir as novas infecções entre as populações-chave em 75% até 2020, a Organização Mundial de Saúde incentivou que fossem desenvolvidas ferramentas com o intuito de fortalecer o empoderamento desses segmentos e melhorar a oferta dos serviços de prevenção e tratamento para o HIV/Aids. Propunha-se, assim, que essas ações e instrumentos fossem concebidos junto às populações que deles seriam alvo principal.

De acordo com as evidências que subsidiam o documento da OMS voltado ao enfrentamento da epidemia em questão, as novas infecções por HIV tendem a diminuir significativamente quando os serviços são disponibilizados em ambientes livres de discriminação e as comunidades alvo do atendimento são envolvidas nos processos educação, prevenção, cuidado e atenção. Como exemplo, citam o caso

de São Petersburgo, cuja redução de 73% na soroprevalência do HIV de 2006 a 2012 se deu, principalmente, devido à diminuição do uso de drogas intravenosas por jovens em situação de rua. Essa redução, segundo os relatores, pode ser explicada pela participação de seus pares no processo educativo e preventivo e pela implementação de amplos programas de apoio e renda que garantiram a esses jovens, além de melhorias econômicas, acesso às ações de saúde (OMS, 2016).

A despeito da inquestionável relevância dessas populações para o enfrentamento à epidemia do HIV/Aids e do conjunto de orientações e casos que exemplificam a viabilidade e a eficácia do direcionamento das ações preventivas à elas, o ano de 2018 confirmou as previsões quanto à tendência de crescimento no número de novas infecções por HIV nesses segmentos populacionais. Nesse ano, as populações-chave e seus(suas) parceiros(as) sexuais foram responsáveis por 54% das novas infecções pelo vírus da Aids em todo o mundo (UNAIDS, 2019a; 2019b). Ao individualizarmos os dados concernentes a cada uma das regiões analisadas, verificamos que, nesse mesmo período, essas populações representaram quanto a novas infecções pelo HIV:

- Mais de 95% das novas infecções pelo HIV na Europa Oriental e na Ásia Central;
- 95% das novas infecções por HIV no Oriente Médio e Norte da África;
- 88% das novas infecções por HIV na Europa Ocidental e Central e na América do Norte;
- 78% das novas infecções por HIV na Ásia e no Pacífico;
- 65% das novas infecções por HIV na América Latina;
- 64% das novas infecções por HIV na África Ocidental e Central;
- 47% das novas infecções por HIV no Caribe;
- 25% das novas infecções por HIV na África Oriental e do Sul (UNAIDS, 2019b).

O processo de marginalização, presente no cotidiano dos segmentos sociais mais vulneráveis à infecção pelo HIV, estende-se, muitas vezes, à sua relação com o poder público. No que concerne especificamente ao setor da saúde, quando não têm seu acesso limitado, encontram serviços inadequados às particularidades e

necessidades que lhes são inerentes. Frente a esse cenário, estima-se que o risco de se infectar pelo HIV é superior nas populações-chave, sendo:

- 22 vezes maior entre homens que fazem sexo com homens do que entre todos os homens adultos (15-49 anos);
- 22 vezes maior entre as pessoas que injetam drogas do que entre pessoas que não fazem uso de drogas intravenosas;
- 21 vezes maior para profissionais do sexo do que entre adultos em geral (15-49 anos);
- 12 vezes maior entre pessoas transexuais do que entre adultos em geral (15-49 anos) (UNAIDS, 2019c).

Se há, por parte das organizações historicamente comprometidas com o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids, a certeza de que é imprescindível revigorar a prevenção entre os segmentos prioritários com o intuito de conter seu avanço em nível global, seja pela demanda de um maior volume de investimentos (tanto em recursos humanos quanto financeiros), seja pela relutância, enfrentada em alguns países, de investir em insumos preventivos e educação sexual direcionada à essas populações, o que se observa é a contumaz substituição das abordagens preventivas de caráter comportamental pelas biomédicas.

Em oposição à promoção de um amplo e irrestrito debate em torno das consequências da epidemia sobre diferentes segmentos sociais bem como, sobre as alternativas existentes tanto do ponto de vista da prevenção, quanto da redução de danos, muitos governos têm optado por investir maciçamente em medicalização preventiva, dissociando-a, muitas vezes, das dimensões individuais, socioculturais e programáticas que potencializam as chances dos indivíduos se infectarem pelo vírus da Aids.

3.4 Fatores que contribuem para o agravamento da epidemia em diferentes regiões e países do globo

É inquestionável que a Aids trouxe consigo o medo – e a real possibilidade - do perecimento biológico e social mas, acima de tudo, a epidemia apresentou-se com a habilidade de evidenciar as lacunas que, existentes no seio das mais diversas sociedades, viabilizaram seu advento e garantem, até hoje, sua manutenção.

De acordo com os relatórios recentemente produzidos pela UNAIDS (2019a; 2019b; 2019c), enquanto o leste e o sul do continente africano, região que abriga mais de 54% da população mundial que vive com HIV, apresentaram, entre 2010 e 2018, importantes avanços no campo do enfrentamento à epidemia, reduzindo em 44% o número de mortes relacionadas à síndrome e, especificamente em 2018, registraram um decréscimo de 28% no número de novas infecções pelo vírus da Aids, outras regiões apresentaram e/ou mantiveram uma importante tendência de crescimento desses números no mesmo período. Na Europa Oriental e em algumas regiões da Ásia Central, Oriente Médio e Norte da África, por exemplo, registrou-se, ao longo desses oito anos, um crescimento entre 5% e 9% no número de mortes relacionadas à Aids (UNAIDS, 2019b; 2019c).

Quanto às novas infecções por HIV, viu-se, igualmente, o número aumentar anualmente em 29% na Europa Oriental e na Ásia Central, 10% no Oriente Médio e Norte da África e 7% na América Latina (UNAIDS, 2019b; 2019c). Nesses locais, aferiu-se que mais da metade das novas infecções registradas em 2018 relacionavam-se às chamadas populações prioritárias e seus(suas) parceiros(as) sexuais.

Quando analisadas isoladamente, diferentes regiões do globo apontam para os - já conhecidos - elementos que favorecem a rápida e constante disseminação do HIV e, com isso, o agravamento da epidemia em muitos territórios. Entre os elementos que vêm, especialmente na última década, moldando e aprofundando as múltiplas epidemias de HIV/Aids encontram-se as disparidades econômicas, sociais e de poder (relações étnico/raciais e de gênero, por exemplo), a violência em seus muitos níveis e facetas, a marginalização, estigmatização e criminalização com que

muitos segmentos sociais convivem, os tabus associados ao sexo, a algumas práticas sexuais e identidades de gênero e ao uso de substâncias ilícitas, mas, também, as decisões políticas, jurídicas e econômicas sustentadas por diferentes países.

Nesse tocante, mesmo regiões que assistiram, entre 2010 e 2018, um importante declínio no número de novas infecções por HIV e no de mortes por Aids, como a África Oriental e do Sul, têm enfrentado desafios importantes no que concerne à oferta de serviços voltados à educação, e à prevenção, sem falar do direcionamento dos mesmos às especificidades das populações consideradas prioritárias em nível local. A frequente violação dos direitos humanos das populações-chave não se dá, precisamente, apenas no âmbito da estigmatização a que estão suscetíveis, mas, também, na esfera estrutural e jurídica de muitas sociedades.

Enquanto países da América Latina enfrentam os desafios relacionados às preconceções e conseqüente marginalização em torno desses segmentos populacionais (ancorando-se, por certo, sobre legislações conservadoras e omissas), algumas nações da Ásia, Pacífico e do Oriente Médio criminalizam práticas sexuais homossexuais, relações extraconjugais (frequentemente, com penalidades mais duras às mulheres), o uso de drogas e, em alguns casos, a transmissão do HIV (o que, igualmente, se aplica à transmissão vertical).

Em comum, essas regiões, distantes em termos geográficos e culturais, guardam a falta de conhecimento sobre o vírus e a síndrome, os crescentes níveis de estigma em relação às PVHA e os impactos que esses fatores causam entre os indivíduos que se vêem direta ou indiretamente afetados pela epidemia. Em investigação conduzida pela UNAIDS (2019c) acerca dos processos de estigmatização e criminalização associados ao HIV/Aids, saltam aos olhos os dados que apontam para o fato de que quase quatro décadas após o advento da epidemia o desconhecimento e o medo ainda imperam. Na maioria dos países pesquisados, os(as) entrevistados(as) afirmaram, por exemplo, que não comprariam verduras se soubessem de antemão que o(a) vendedor(a) era soropositivo(a). Do mesmo modo, grande parte mencionou acreditar que crianças com HIV/Aids não deveriam frequentar a escola junto às não soropositivas. Na prática, além do isolamento social e todas as conseqüências a ele associadas, as PVHA ainda enfrentam o

distanciamento das ações e programas ofertados pelos serviços de saúde – seja porque sofreram algum tipo de preconceito nesses espaços, seja por medo de que experiências prévias ali se repitam (UNAIDS, 2019c).

Abordagens hostis e punitivas ainda figuram entre os elementos que impedem de forma significativa o amplo acesso à informação, prevenção, testagem e tratamento para o HIV/Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). Nessa esteira encontram-se, ainda, as leis e políticas públicas que inviabilizam o acesso de jovens a serviços de saúde sexual e reprodutiva sem o consentimento de seus(suas) tutores(as) legais, como se vê, por exemplo, em algumas áreas da África Ocidental e do Sul. Especificamente nesses casos, a UNAIDS (2019a; 2019b; 2019c) estima que oito em cada 10 meninos e jovens homens, e três em cada 10 meninas e jovens mulheres sexualmente ativas relataram ter mantido relações sexuais com um parceiro(a) não-marital e não-coabitante entre os anos 2017 e 2018. A esse dado, soma-se a pequena proporção de jovens de ambos os sexos que afirmaram ter utilizado preservativo em suas relações sexuais. Estudos recentes apontam para avanços diminutos, no que concerne aos primeiros anos escolares, realizados por países que demonstraram interesse em ampliar a educação sexual destinada aos jovens, bem como aumentar a qualidade dos serviços de saúde a eles destinados (UNAIDS, 2019a).

Em 2013, por exemplo, realizou-se um estudo abrangendo funcionários vinculados aos ministérios da educação e saúde de 20 países da África Oriental e Meridional, ocasião na qual os respectivos governos se responsabilizaram por expandir a educação sexual e o acesso à saúde reprodutiva voltada a jovens. Em 2019, a UNAIDS retornou a esses países e cerca de 16% ainda não dispunha de uma política de educação orientada à discutir aspectos relacionados ao HIV/Aids e à educação sexual no ensino médio, enquanto, 40% relataram não disponibilizar tais políticas no ensino primário (UNAIDS, 2019a).

Ainda de acordo com a referida pesquisa, apenas 36% dos jovens homens e 30% das jovens mulheres (com idades entre 15 e 24 anos) tiveram conhecimento correto de como prevenir o HIV, nos 37 países com dados de pesquisas de base populacional para o período de 2011 a 2016. Já, entre os 41 países com dados disponíveis para homens e mulheres (entre 15 e 24 anos) para o mesmo período, o uso de preservativo na última relação sexual de alto risco nos 12 meses anteriores

ao inquérito, foi inferior a 50% entre as mulheres em 31 países e entre homens em 18 países (UNAIDS, 2019a).

Pesquisas como essa apontam para a necessidade de um maior comprometimento por parte dos governos em garantir uma ampla fonte de informações formais e informais acerca da saúde sexual e reprodutiva aos jovens, bem como ampliar de maneira efetiva os serviços de saúde destinados à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

Países da Ásia, Pacífico, África Ocidental, Central e Austral, Oriente Médio e América Latina enfrentam inúmeras desigualdades, entre elas as de gênero. A violência contra as mulheres e a contínua violação de seus direitos humanos – inclusive no âmbito das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis – as afasta dos serviços de saúde, tornando-as, cada vez mais, vulneráveis à infecção por HIV e ao adoecimento por Aids (UNAIDS, 2019a; 2019b; 2019c).

Estudos recentes indicam que mais de 1/3 (35%) das mulheres em todo o mundo sofreram algum tipo de violência física e/ou sexual em algum momento de suas vidas (UNAIDS, 2019a). Em algumas regiões do mundo, ter sido vitimada física e/ou sexualmente por um parceiro íntimo aumenta em 1,5 vezes a probabilidade de uma mulher contrair o HIV em comparação com mulheres que não sofreram essas violências (UNAIDS, 2019). Ademais, quando vitimadas por seus parceiros, temem não apenas a recorrência das agressões, caso elas sejam descobertas e/ou denunciadas, mas, também, o julgamento moral negativo ao qual podem ser sujeitadas nos serviços públicos (EBOKO, 2005), o que pode desencorajar o uso dos serviços de proteção, prevenção e cuidados a elas destinados.

Não obstante termos assistido, nos últimos dois séculos, a impressionantes avanços no enfrentamento a violências direcionadas às mulheres, em muitas regiões do globo, dinâmicas de violação e opressão de gênero integram as mais profundas estruturas sociais, culturais e religiosas; uma vez incorporadas ao conjunto de crenças arraigadas de um povo, essas dinâmicas podem se apresentar como um obstáculo à parte no campo da defesa dos direitos sexuais e reprodutivos e no efetivo combate à ISTs (OYEFARA, 2005; KATHEWERA-BANDA *et al.*, 2005).

No sul da África, por exemplo, relatórios apresentados pela UNAIDS (2019b; 2019c) apontam que em cinco dos 11 países que traziam dados recentes sobre a questão de gênero, ao menos 25% das mulheres adultas (15-49 anos) relataram ter

sido física e/ou sexualmente agredidas por um(a) parceiro(a) íntimo nos 12 meses anteriores à pesquisa, conduzida em 2018. Em seis países dessa região, constatou-se ainda que, enquanto a metade dos homens jovens relatava ter utilizado preservativo em sua última relação sexual, menos de 1/3 das mulheres jovens afirmava ter feito uso desse método (UNAIDS, 2019c).

A inconsistência verificada nos relatos femininos quanto à utilização de preservativos pode ser explicada tanto pela dificuldade encontrada por muitas mulheres em negociar o uso de métodos contraceptivos e/ou preventivos com seus parceiros – sejam eles casuais ou não -, como, também, pelo contexto mais ou menos permissivo quanto à violência sexual em que elas estão inseridas. Importante lembrar, nesse sentido, que a violência sexual, em todas as suas facetas, não se configura apenas pela relação não consensual entre estranhos, mas, também, pela degradante – e em muitas sociedades e culturas, ainda em voga - concepção de que às mulheres cabe o sexo como obrigação marital, fato que sanciona todo tipo de violação física e sexual para com elas.

Mulheres não são vitimadas apenas nas ruas, por estranhos, e/ou em seus lares por seus(suas) parceiros(as) e familiares, ao contrário, inúmeros relatos indicam que consistentes violações têm origem em ambientes de cuidado e proteção vinculados ao poder público. A título de exemplo, na África Central e do Sul, apesar da existência de abrangentes programas de prevenção ao HIV/Aids, todos os dias cerca de 160 jovens, entre 15 e 24 anos de idade, são infectados pelo vírus da Aids. Em pelo menos cinco países da região a prevalência entre mulheres jovens (20-29 anos) ultrapassa 3%⁹⁴, mantendo-se recorrentemente acima da prevalência registrada entre homens jovens na mesma faixa etária (UNAIDS, 2019b).

No que concerne à prevenção, atenção, cuidado e tratamento no campo do enfrentamento ao HIV, malgrado serem regidos por diretrizes específicas – locais, regionais e globais –, com frequência esses programas são pouco sensíveis às especificidades de gênero e/ou pouco integrados com serviços voltados à saúde sexual e reprodutiva já existentes. Na prática, esses fatores levam a pouca testagem entre mulheres, à escassa prevenção, à baixa adesão ao TARV e, por

⁹⁴ Os países que apresentam alta prevalência de HIV entre mulheres jovens são Camarões, Congo, Costa do Marfim, Gabão e Libéria (UNAIDS, 2019b).

consequência, a uma maior vulnerabilidade desse segmento à infecção por HIV/Aids.

Em estudo conduzido na África do Sul, e relatado em documento produzido pela UNAIDS (2019b; 2019c), mulheres vivendo com HIV/Aids mencionaram ter seus direitos regularmente violados. Segundo elas, os serviços de saúde locais promoviam de forma agressiva não apenas o processo de testagem para o HIV como, também, a divulgação de seus *status* sorológicos para a infecção. Nesse sentido, afirmou-se que os(as) profissionais de saúde por vezes deixavam de solicitar o consentimento informado das mulheres ao lhes oferecer um teste de HIV e/ou não lhes comunicavam sobre a possibilidade de recusar a testagem quando essa lhes fosse oferecida. Igualmente, algumas participantes reportaram casos de mulheres que viviam com HIV/Aids e que faziam uso de contraceptivos contra sua vontade (UNAIDS, 2019c).

A alta prevalência de HIV entre mulheres, a baixa adesão ao TARV, associadas às frágeis (ou inexistentes) políticas voltadas à saúde sexual e reprodutiva impactam diretamente as taxas relacionadas com a transmissão vertical de HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, como sífilis e hepatites. Em países da África Ocidental, cujo padrão epidêmico é considerado generalizado, às questões de gênero, somam-se os conflitos e crises humanitárias, elementos que criam barreiras ao enfrentamento da epidemia entre os segmentos mais vulneráveis da sociedade, como crianças e idosos, por exemplo. Na região, um dos aspectos mais relevantes no combate à Aids, é a necessidade de garantia de alta cobertura de TARV entre crianças que, atualmente, não chega a 30% (UNAIDS, 2019c).

A já mencionada mutabilidade do vírus em consonância com a dinamicidade sociocultural que experimentamos nas últimas décadas têm trazido à tona experiências e realidades com as quais não tínhamos, até pouco tempo, proximidade. Seja porque essas experiências encontravam-se a milhas de nossas casas, seja porque elas integravam o modo de vida de indivíduos com os quais, por inúmeras razões, não guardávamos intimidade. Em tempos de imediatismo, de interconexão – virtual - globalizada, do alargamento da concepção de engajamento político – possibilitando a inclusão e problematização de temáticas outrora consideradas pertinentes ao âmbito individual -, surgem novos sujeitos políticos e, com eles, novas demandas.

Diante da fluidez com que esses eventos se desenrolam no seio das sociedades contemporâneas, invariavelmente os governos falham ao não conseguir produzir conhecimentos e dados minimamente estruturados que possam pautar respostas às demandas surgentes. Nessa perspectiva, as políticas de HIV/Aids, embora reconheçam a relevância das redes sociais e dos aplicativos de encontro/namoro para o aumento da prevalência de HIV entre jovens e idosos(as) nos últimos anos, vêm encontrando dificuldades na elaboração de ações preventivas – virtuais ou não - direcionadas exclusivamente a esse contingente (SOUZA *et al.*, 2012; DORNELAS NETO *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2018). Como exemplo, um inquérito realizado em Shenyang, na China, mostrou que a incidência de HIV entre HSH usuários de aplicativos de namoro por celular era até quatro vezes maior do que entre HSH que não faziam uso desses serviços (UNAIDS, 2019c).

Igualmente, pessoas com deficiência têm sido historicamente, apartadas de políticas sexuais e reprodutivas, o que as coloca numa posição de extrema vulnerabilidade frente à infecção por HIV/Aids e outras IST. Em conformidade com essa afirmação, pesquisas comportamentais conduzidas no oeste e no centro do continente africano, entre 2016 e 2018, apontaram que a prevalência de HIV entre as pessoas com deficiência era, em média, três vezes maior do que na população geral. Especialmente em Burkina Faso, Guiné-Bissau e Senegal, as mulheres com deficiência mostraram-se potencialmente mais propensas à infecção por HIV do que os homens com deficiência (UNAIDS, 2019b; 2019c).

Há que se considerar, ainda, que em contextos de crise humanitária e incertezas sociopolíticas e, conseqüentemente, de aumento de migração, quadro semelhante ao experienciado pela América Latina nos últimos anos, faz-se necessário adequar as respostas à epidemia de HIV/Aids aos altos níveis de mobilidade populacional. Trata-se de uma tarefa penosa que depende das características do modelo de gestão da saúde em voga, bem como das condições financeiras e da flexibilidade da burocracia do país que recebe os imigrantes e a eles oferece asilo.

Uma vez que os organismos internacionais têm priorizado países de baixa renda e países africanos considerados estratégicos no combate à epidemia para o repasse de recursos financeiros destinados à criação ou ampliação dos programas nacionais de HIV/Aids, aqueles que outrora elencavam o grupo de países apoiados,

hoje elevados à condição de média ou alta renda – como ocorrera com algumas nações da América Latina -, não apenas precisam redobrar os esforços para manter as políticas já implementadas, agora com recursos próprios, como, também, enfrentam dificuldades para manter a acessibilidade aos medicamentos antirretrovirais. Devido à sua classificação financeira, esses países já não podem se beneficiar dos acordos com empresas farmacêuticas, visando uma significativa redução do valor desses medicamentos (UNAIDS, 2019b; 2019c). Quer esses países sejam fortemente dependentes de doação estrangeira, quer tenham que enfrentar – por razões que fogem à sua competência – a epidemia com recursos próprios, em comum, em ambos os casos eles possuem a infatigável tarefa de garantir a sustentabilidade de seus programas de combate à Aids e outras IST.

Seja, portanto, em razão da falta de conhecimento sobre o HIV, dos altos níveis de estigma em relação às PVHA, da frágil ou escassa produção de dados acerca das populações-chave e de outros segmentos populacionais que vêm se tornando prioritários no âmbito do enfrentamento à Aids; seja em razão da violência de gênero, da hostilidade e criminalização direcionada à população transexual, homossexual, usuária de drogas e/ou privada de liberdade ou, ainda, da ausência de políticas e ações de saúde sexual e reprodutiva destinada à especificidade de mulheres e homens, considerando as necessidades e vulnerabilidades associadas à idade, identidade de gênero, orientação sexual e possíveis deficiências ou, ou ainda sob um ponto de vista estritamente orçamentário, da dificuldade que muitos países (e regiões inteiras) têm em manter ações de educação e prevenção ao HIV e programas de tratamento da Aids com ampla e acessível cobertura, são muitos os obstáculos que se apresentam, e se entrecruzam, no combate à uma das mais potentes epidemias já vistas pela humanidade.

3.5 Aids no Brasil: uma epidemia em números

Segundo relatório produzido pela UNAIDS (2019a), os dados disponíveis apontam para a desaceleração no processo de diminuição de novos casos de HIV em nível global. O desestímulo em torno da redução de novas infecções é por si só um importante desafio a ser considerado no âmbito das políticas nacionais e internacionais de combate à Aids. Há, contudo, algumas regiões que não apenas estagnaram no que tange à redução do contágio por HIV entre a população geral, como passaram a enfrentar o seu crescimento vertiginoso entre populações específicas. Esse é, por exemplo, o caso da América Latina que, em 2018, abrigava 1,9 milhão das 37,9 milhões de pessoas que viviam com HIV no mundo à época (UNAIDS, 2019a; 2019b). Ano em que, igualmente, foram registradas 35 mil mortes relacionadas à Aids na região.

Entre os quase dois milhões de indivíduos infectados na região em 2018, mais de 60% integrava as chamadas populações-chave. No período de 2010 a 2018, a infecção por HIV/Aids cresceu cerca de 40% entre os homens que fazem sexo com homens, 4% entre transexuais, 3% entre usuários de drogas injetáveis e entre profissionais do sexo, e cerca de 15% entre os(as) parceiros(as) sexuais dessas populações (UNAIDS, 2019c). Números que apontam para a inquestionável necessidade de focar as ações de prevenção e tratamento entre esses grupos a fim de conter efetivamente o avanço da epidemia.

O continente que havia assistido uma redução de 3% no número de novos casos de HIV entre os anos de 2005 e 2013 (UNAIDS, 2014), viu a taxa de detecção⁹⁵ crescer em torno de 21% na última década (2010 a 2020) (UNAIDS, 2020). Esse crescimento se manteve constante ao longo desse período e, associado a outros dados que igualmente refletem a precariedade das políticas destinadas ao enfrentamento à epidemia, fez do território latinoamericano (ao lado do Leste Europeu e da Ásia Central) uma das áreas sob vigilância das agências e organismos

⁹⁵ Essa taxa é utilizada para medir “o risco de ocorrência de casos novos confirmados de Aids na população, segundo ano e local de residência” (BE HIV/Aids, 2020, p.65). Calcula-se a taxa de detecção de casos de Aids, dividindo o número de casos de Aids em um determinado ano de diagnóstico e local de residência pela população de residentes nesse mesmo local, no mesmo ano de notificação x 100.000 (Idem, p.65).

internacionais que atuam no campo. O Brasil, por seu turno, responde por mais da metade dos novos casos registrados anualmente no continente.

Com mais de 200 milhões de habitantes, o Brasil é o país mais populoso da América Latina e, mesmo não apresentando, nos últimos anos que estiveram sob análise da Unids, os maiores percentuais de crescimento de novas infecções, foi responsável por elevar consideravelmente as médias da região, colocando-a entre aquelas com os piores números em torno da pandemia do HIV/Aids (UNAIDS, 2019a; 2019b). Enquanto o País registrou um aumento de 21%, no período de 2010 a 2018, o Chile apresentou um crescimento de 34%, a Bolívia de 22% e a Costa Rica de 21%. Outros países da região apresentaram crescimentos menores, mas não menos importantes. Uruguai, Honduras, Guatemala e Argentina, por exemplo, registraram um aumento de 10% no número de novos contágios no mesmo período (UNAIDS, 2019b).

Algumas nações, porém, lograram alcançar bons resultados e uma considerável redução das novas infecções pelo vírus da Aids. El Salvador, apresentando as menores taxas da região, reduziu, em oito anos (2010-2018), o número de novos casos quase pela metade (48%). Enquanto a Colômbia registrou uma redução de 22%, o Equador de 12% e, o Paraguai de 11% na taxa de novas infecções (UNAIDS, 2019a; 2019b). No entanto, esses casos exemplares não foram suficientes para que a América Latina se mantivesse no caminho para atingir as metas estabelecidas pela ONU até o ano de 2020⁹⁶ (UNAIDS, 2019).

É inquestionável, seja por sua extensão territorial e/ou por sua densidade populacional, seja pelas recentes diretrizes políticas assumidas no campo da saúde, especialmente no campo do enfrentamento ao HIV/Aids, que o Brasil vem desempenhando um importante papel no que diz respeito à dificuldade de conduzir o processo de freamento da epidemia em nível regional e global.

De acordo com os indicadores e dados básicos do HIV/Aids nos municípios brasileiros, seção que integra o Painel de Indicadores Epidemiológicos do Ministério

⁹⁶ São 17 as metas estabelecidas pela ONU: 1) erradicação da pobreza; 2) fome zero e agricultura sustentável; 3) saúde e bem-estar; 4) educação de qualidade; 5) igualdade de gênero; 6) água potável e saneamento; 7) energia pura e acessível; 8) trabalho decente e crescimento econômico; 9) indústria, inovação e infraestrutura; 10) redução das desigualdades; 11) cidades e comunidades sustentáveis; 12) consumo e produção responsáveis; 13) ação contra a mudança global do clima; 14) vida na água; 15) vida terrestre; 16) paz, justiça e instituições eficazes e 17) parcerias e meios de implementação (www.plan.org.br).

da Saúde (PIE/MS, 2020), entre 1980 e junho de 2020, foi registrado um total de 1.011.617 de casos de Aids no Sinan. Dados referentes apenas ao ano de 2019 mostram que, nesse período, foram diagnosticados 41.909 novos casos de HIV e 37.308 casos de Aids (BE HIV/Aids, 2020).

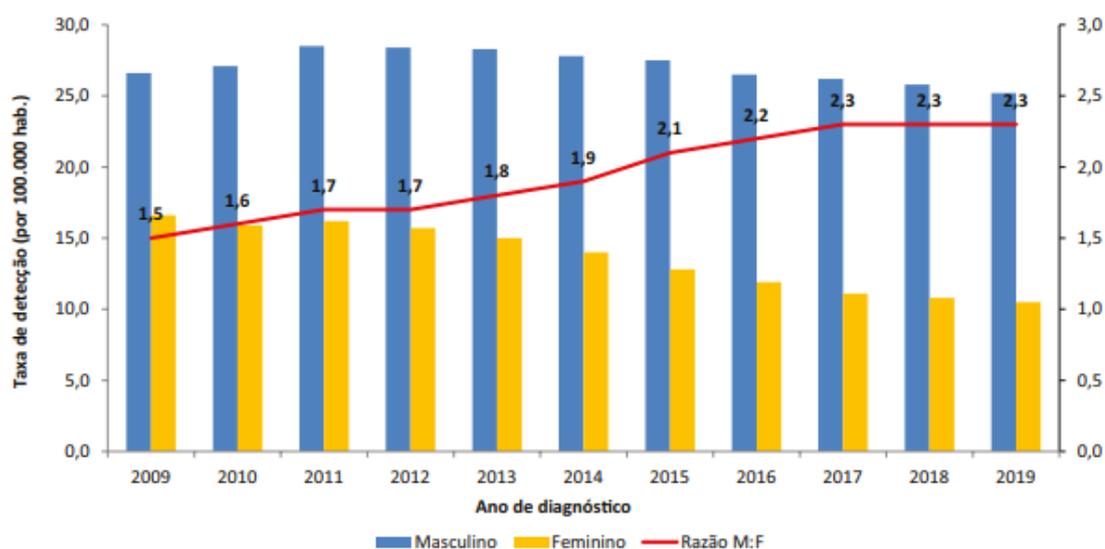
Inicialmente, assim como ocorrera em outros países, o HIV/Aids foi associado no Brasil a ideia de “grupos de risco” (PARKER; GALVÃO; BESSA, 1999; LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a), entre os quais destacavam-se os gays e os bissexuais. Não tardou, contudo, para que a epidemia se disseminasse entre a população geral e combinasse diferentes vias de transmissão sexual (homossexual e heterossexual) e de transmissão sanguínea (transfusão de sangue, compartilhamento de seringas para uso de drogas injetáveis, acidentes com materiais perfurocortantes). As peculiaridades da epidemia da Aids em território nacional lhe propiciaram contornos epidemiológicos complexos e dinâmicos. Transformando-a, já na década de 1990, “numa das maiores epidemias de HIV/Aids no mundo em desenvolvimento” (PARKER; GALVÃO; BESSA, 1999).

O rápido crescimento da Aids entre heterossexuais (como pode ser observado no gráfico 6), afetou profundamente as mulheres, transformando-se num dos mais importantes problemas de saúde reprodutiva e sexual e sobretudo, colocando-se como uma das principais causas de morte entre elas (PARKER; GALVÃO; BESSA, 1999). Na década de 1990, a Aids foi considerada uma das principais causas de morte entre mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos e residentes em grandes centros urbanos, como São Paulo e Rio de Janeiro. Em 1998, tornou-se a principal causa de morte entre mulheres dessa mesma faixa etária em todo o País (PARKER; GALVÃO; BESSA, 1999).

Frutos da complexa combinação de distintas vias de transmissão, as chamadas pauperização e feminização da Aids são tendências da evolução da epidemia iniciadas em meados da década de 1990, mas que, 30 anos depois, se mantém em constante crescimento. No que tange aos mais pobres e aos que vivem às margens de nossa sociedade (como as pessoas em situação de rua, por exemplo), há uma relação direta entre a Aids e outros fenômenos intimamente ligados à pobreza como, por exemplo, à dificuldade em acessar serviços de saúde de qualidade, a escolarização deficitária (UNAIDS, 2020) e, como consequência, a comorbidade por doenças como a tuberculose (UNAIDS, 2020).

De 2007 a junho de 2020, período analisado pelo Boletim Epidemiológico publicado em dezembro de 2020, foram notificados 342.459 casos de infecção pelo HIV no Brasil, desses 237.551 (69,4%) foram registrados em homens e, 104.824 (30,6%) em mulheres (BE HIV/Aids, 2020). A razão de sexo⁹⁷ foi, para o ano de 2019, de 2,6 (M:F), ou seja, 26 homens infectados para cada 10 mulheres infectadas (Gráfico 4).

Gráfico 4: Taxa detecção de Aids (por 100.000 habitantes) segundo sexo e razão de sexos, por ano diagnóstico, período 2009-2019



Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/Aids, Ministério da Saúde/Brasil, 2020, p.17.

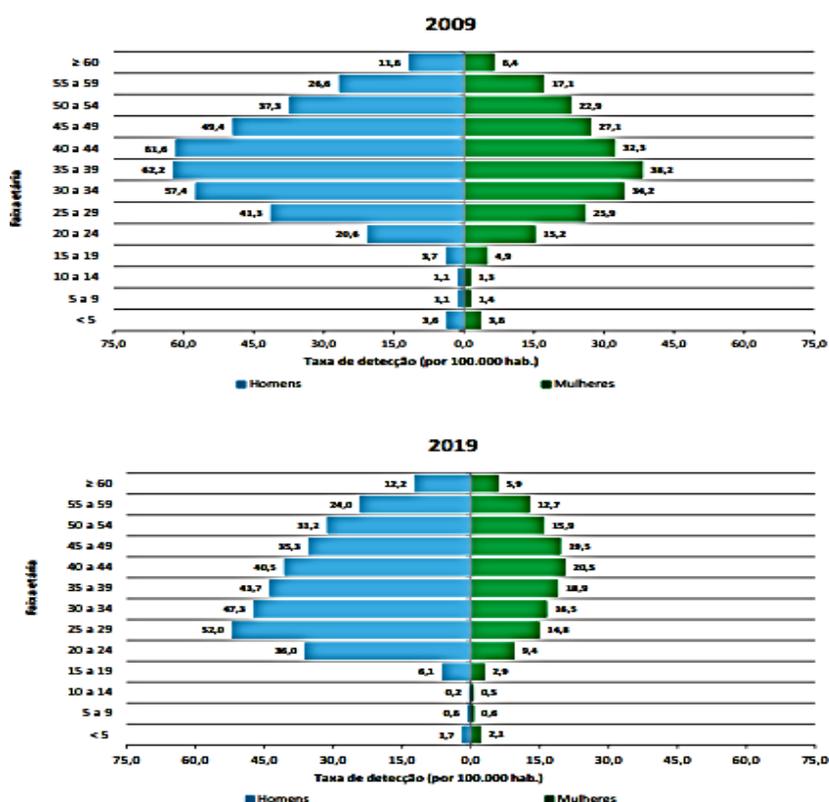
Quanto à faixa etária⁹⁸, observou-se, em ambos os sexos, uma maior concentração de casos de Aids em indivíduos com idade entre 25 e 39 anos. Esses casos correspondem, respectivamente, a 52,1% no sexo masculino e a 48,1% no

⁹⁷ A razão de sexos é utilizada para “medir a relação quantitativa de casos de Aids entre os sexos”. Ela é calculada a partir da divisão do número de casos confirmados de Aids em indivíduos do sexo masculino em um determinado ano de notificação e local de residência pelo número de casos confirmados de Aids em indivíduos do sexo feminino no mesmo ano de notificação e local de residência (BE HIV/Aids, 2020, p.66).

⁹⁸ A taxa de detecção de casos de Aids segundo a faixa etária é utilizada para medir “o risco de ocorrência de casos novos confirmados de Aids na população [...] segundo faixa etária, ano e local de residência”. É calculada dividindo-se o número de casos de Aids em indivíduos de uma determinada faixa etária, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência pela população de indivíduos com a mesma idade, residentes no mesmo local, e ano de notificação x 100.000 (BE HIV/Aids, 2020, p.65).

sexo feminino. Nos últimos dez anos verificou-se, especialmente entre os homens, nos últimos dez anos, um aumento da taxa de detecção de Aids nas faixas etárias de 15 a 19 anos, de 20 a 24 anos, de 25 a 29 anos e de 60 e mais anos. Em 2019, a maior taxa de detecção no sexo masculino foi de 52,0/100 mil habitantes, na faixa etária de 25 a 29 anos de idade. Entre as mulheres, por sua vez, enquanto em 2009 observou-se um incremento na taxa de detecção entre aquelas que possuíam de 35 a 39 anos (38,2 casos/100 mil habitantes), em 2019, a faixa etária com maior detecção foi de 40 a 44 anos de idade (20,5 casos/100 mil habitantes) (BE HIV/Aids, 2020) (Gráfico 5).

Gráfico 5: Taxa de detecção de Aids (por 100 mil habitantes) segundo faixa etária e sexo. Brasil, 2009 e 2019.



Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/Aids, Ministério da Saúde/Brasil, 2020, p.19.

O aumento de casos identificados entre indivíduos de meia idade e idosos aponta, não apenas para o prolongamento da sobrevivência das PVHA, em virtude da TARV, mas, também, para a dissociação – ainda presente no imaginário social –

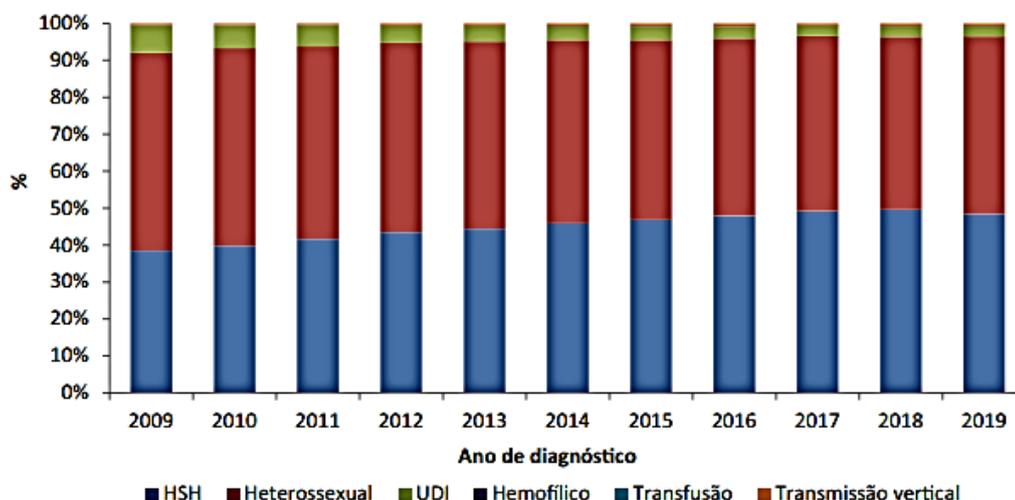
entre sexualidade, uso de drogas e velhice (SILVA *et al.*, 2018) e, conseqüentemente, para a ausência de políticas e ações destinadas à prevenção da Aids e de outras ISTs em um contexto em que a interação social e sexual desse contingente populacional foi intensificada a partir de recursos tecnológicos e biomédicos (tais como, os aplicativos de encontro, os medicamentos contra impotência sexual masculina e popularização dos preservativos femininos) (PIE/MS, 2020).

Conforme os dados apresentados pelo Boletim Epidemiológico (2020), no período de 2009 a 2019, entre os indivíduos maiores de 13 anos de idade, o sexo foi a principal via de transmissão entre homens (79,3%) e mulheres (87,3%). Verificou-se, da mesma forma, que, no que concerne à categoria de exposição⁹⁹, entre os homens 51,6% dos casos eram decorrentes de exposição homossexual ou bissexual, 31,3% heterossexual e 1,9% entre UDI. Vide o Gráfico 6.

E, entre as mulheres, observou-se que 86,6% inseriam-se na categoria heterossexual, enquanto 1,3% na de UDI (BE HIV/Aids, 2020).

⁹⁹ São consideradas as seguintes categorias de exposição ao HIV/Aids: heterossexual, homossexual, bissexual, usuário de droga intravenosa, transfusão de sangue, transmissão vertical e acidente com material biológico. Acerca da eficácia dos diferentes modos de transmissão, compreende-se, segundo Whiteside (2017), que a possibilidade de infecção varia de acordo com a carga viral e com o estágio em que a síndrome se apresenta. De modo semelhante, há que se considerar o estado do sistema imunológico, saúde e nutricional do indivíduo exposto ao vírus da Aids.

Gráfico 6: Distribuição percentual dos casos de Aids em homens de 13 anos ou mais segundo categoria de exposição, por ano de diagnóstico. Brasil, 2009 a 2019 ¹⁰⁰.



Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/Aids, Ministério da Saúde/Brasil, 2020, p. 22.

Ao infectar um grande número de mulheres em idade reprodutiva, o HIV/Aids tornou-se, por óbvio, um importante problema de saúde entre crianças de até cinco anos de idade ¹⁰¹. Entre 2000 e junho de 2020, foram notificadas 134.328 infecções pelo HIV entre gestantes, das quais 8.312 apenas no ano de 2019, apontando para uma taxa de detecção de 2,8/mil nascidos (BE HIV/Aids, 2020). De acordo com o mesmo relatório, observou-se uma queda de 47,2% na taxa nacional nos últimos dez anos, passando de 3,6 casos por 100 mil habitantes (2009) para 1,9 casos por 100 mil habitantes (2019).

Apesar da considerável queda da taxa de detecção da taxa de Aids em menores de cinco anos na última década, é importante enfatizar que em um contexto em que dispomos da oferta do acompanhamento pré-natal gratuito e universal e de todas as medidas preventivas necessárias para inviabilizar a transmissão do HIV da gestante para o feto e da lactante para o lactente, o que torna essa via de

¹⁰⁰ Segundo o BE HIV/Aids (2020, p.66), o cálculo da distribuição percentual de casos novos de Aids segundo categoria de exposição é realizado através da divisão do número total de casos segundo categoria de exposição, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência pelo total de casos novos de Aids no mesmo local de residência e ano de notificação x 100.

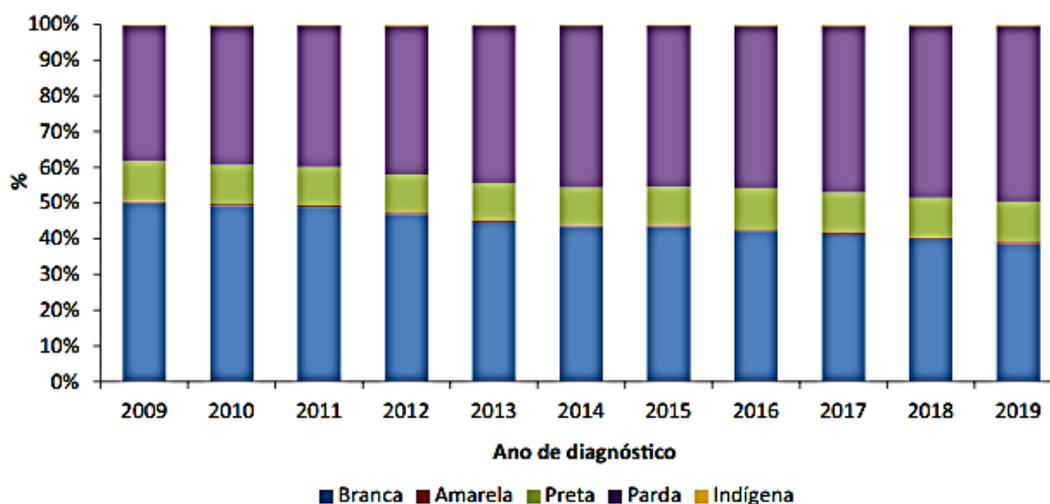
¹⁰¹ A taxa de detecção de Aids em menores de cinco anos de idade tem sido utilizada como indicador ou proxy para o monitoramento da transmissão vertical do HIV (BE HIV/Aids, 2020).

transmissão altamente evitável, os números apresentados pelo Brasil mostram-se, ainda, muito superiores aos esperados.

No que diz respeito à raça/cor autodeclarada, o Boletim Epidemiológico (2020), demonstra que, no período entre 2007 e junho de 2020, 40,1% dos casos registrados ocorreram entre brancos, enquanto 50,7% entre negros (se consideradas as proporções estratificadas, 10,7% entre pretos e 40% entre pardos). Entre o sexo masculino, 41,7% dos casos ocorreram entre brancos e 49,2% entre negros (pretos, 9,8% e pardos 39,4%); já entre as mulheres, 36,6% dos casos ocorreram entre brancas e 54,3% entre negras (pretas 12,9% e pardas, 41,4%).

Observa-se, a partir da série histórica (Gráfico 7), uma maior prevalência de casos de Aids entre a população negra. Esse fenômeno é constatado desde 2009 entre as mulheres negras (pretas e pardas) e, desde 2012, entre os homens negros (pretos e pardos). No ano de 2019, as proporções, em relação a essa população, foram de 56,4% e 59,3% entre homens e mulheres, respectivamente (BE HIV/Aids, 2020).

Gráfico 7: Distribuição percentual dos casos de Aids segundo raça/cor da pele, por ano de diagnóstico. Brasil, 2009 a 2019¹⁰².



Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/Aids, Ministério da Saúde/Brasil, 2020, p.23.

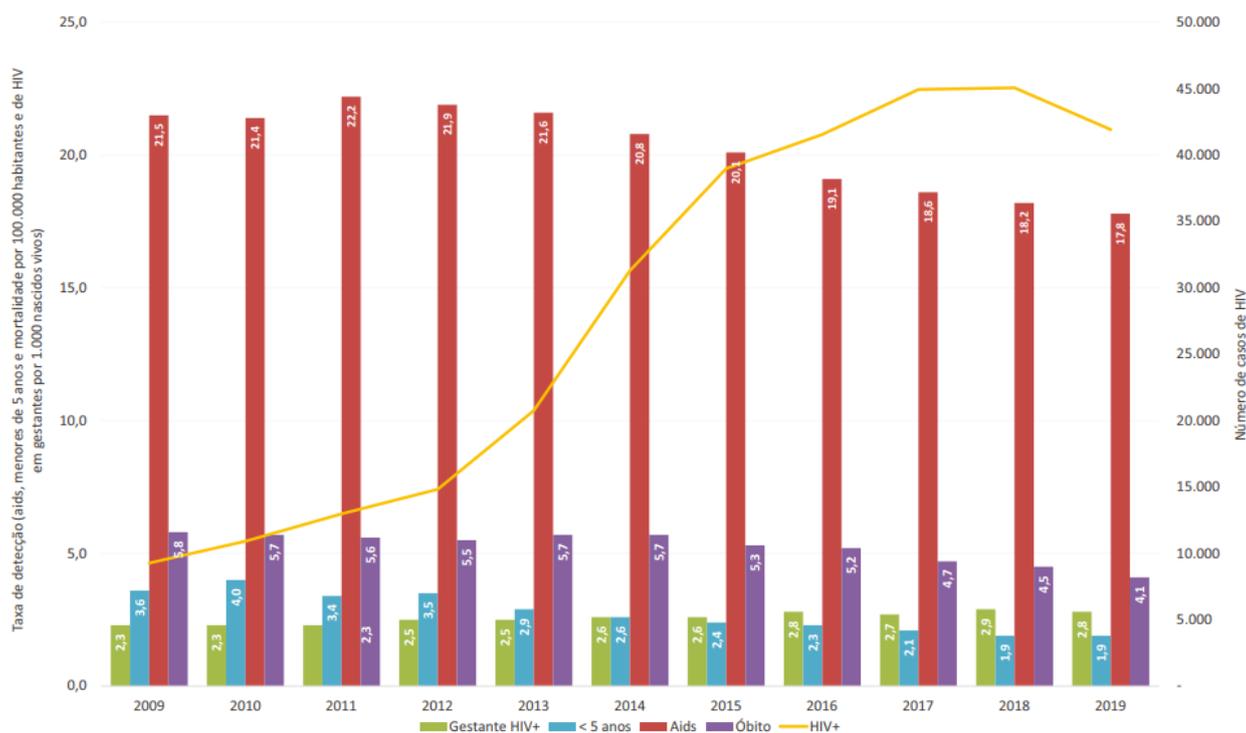
¹⁰² Essa taxa é utilizada para medir a ocorrência anual de novos casos de Aids por raça/cor. Seu cálculo é realizado através da divisão do número total de casos de Aids segundo raça/cor, em um determinado ano de diagnóstico e local de residência pelo total de casos novos de Aids no mesmo ano de notificação e local de residência x 100 (BE HIV/Aids, 2020, p. 66)

Em termos de tendência, os dados disponibilizados pelo DATASUS (2020) e pelo Boletim Epidemiológico de HIV/Aids (2020), considerando os anos entre 2009 e 2019, apontam para uma queda de 51% na proporção de casos de Aids entre pessoas brancas, enquanto, no mesmo período, a redução entre as pessoas negras foi menor, de 36,4%. Entre a população que se autodeclara amarela, houve um decréscimo de 14,7%; entre os pardos, 17,6% e indígenas, 26,8% (BE HIV/Aids, 2020).

É importante mencionar, conforme se pode observar no Gráfico 8, que desde 2012, o Brasil vem observando uma diminuição na taxa de detecção de Aids, que passou de 21,9 para 17,8 por 100.000 habitantes (2019), configurando, segundo o mais recente Boletim Epidemiológico (2020), um decréscimo de 18,7%. No entanto, chama-se atenção para o fato de que essa diminuição possa estar atrelada tanto a problemas de transferência de dados entre níveis de gestão da política quanto à demora em alimentar as bases de dados em virtude da nova pandemia que acomete o planeta.

Embora se observe uma diminuição dos casos de Aids em quase todo o país, principalmente nos últimos anos, cabe ressaltar que parte dessa redução pode estar relacionada à identificação de problemas de transferência de dados entre as esferas de gestão do SUS, o que pode acarretar diferença no total de casos entre as bases de dados municipal, estadual e federal de HIV/Aids. O declínio no número de casos também pode ocorrer de uma demora na notificação e alimentação das bases de dados do Sinan, devido à mobilização local dos profissionais de saúde ocasionada pela pandemia do Covid-19 (BE HIV/Aids, 2020, p. 8).

Gráfico 8: Resumo – Taxas de detecção de Aids, Aids em menores de 5 anos, infecção pelo HIV em gestantes¹⁰³, coeficiente de mortalidade por Aids¹⁰⁴ e número de casos de HIV. Brasil, 2009 a 2019.



Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/Aids, Ministério da Saúde/Brasil, 2020, p. 9.

Os dados sobre a escolaridade, assim como os referentes à raça/cor e categoria de exposição, apresentam uma alta subnotificação¹⁰⁵. Razão pela qual, torna-se difícil ter clareza sobre o impacto das informações que foram efetivamente incluídas no Sinan no quadro geral da epidemia. De todo modo, considerando os dados extraídos do sistema de notificação, o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids (2019), cujos dados referem-se ao ano de 2018, apresentou estimativas que indicam que no acumulado dos anos, a maior concentração de casos de Aids ocorreu entre indivíduos que cursaram da 5ª à 8ª série incompleta (21,3%), tendência que se

¹⁰³ O coeficiente de detecção de HIV em gestantes é utilizado para medir a frequência de gestantes com HIV segundo ano e local de residência. Seu cálculo é realizado através da divisão do número de casos de HIV detectados em gestantes em um determinado ano de notificação e local de residência pelo número total de nascidos vivos residentes nesse mesmo local, no mesmo ano de notificação x 1.000 (BE HIV/Aids, 2020, p.66).

¹⁰⁴ O coeficiente bruto de mortalidade por Aids é utilizado para medir o risco de óbitos em consequência da Aids na população geral. Seu cálculo é realizado através da divisão do número de óbitos por Aids (causa básica) por faixas etárias, em determinado ano e local de residência pela população de residentes nesse mesmo local, no mesmo ano x 100.000 (BE HIV/Aids, 2020, p.65).

¹⁰⁵ Por exemplo, a proporção de notificações sem a informação concernente à escolaridade foi, me 2018, de 25,1%, em 2019, permanecendo elevada, foi de 24,6% (BE HIV/Aids, 2019; 2020).

repetiu em 2019 (21%) (BE HIV/AIDS, 2020). Nas proporções de casos de Aids segundo sexo entre os diferentes níveis de escolaridade, os homens apresentaram grau de instrução mais elevado do que as mulheres.

Ainda em 2019, a proporção de casos entre analfabetos foi maior entre mulheres (2,8%) do que entre homens (2,0%), enquanto a proporção de homens que tinham pelo menos o ensino médio completo foi de 38,6%, contra 25,0% entre as mulheres (BE HIV/Aids, 2020).

Por fim, quanto ao número de óbitos, em 2019, foram registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) um total de 10.565 óbitos que tiveram por causa básica a Aids, representando uma taxa de mortalidade por Aids de 4,1 por 100 mil habitantes. De acordo com os dados apresentados pelo BE HIV/Aids (2020), a taxa de mortalidade sofreu um decréscimo de 28,1% entre os anos de 2014 e 2019.

3.6 Regionalização da Aids no Brasil

Nos primeiros anos, a Aids esteve concentrada, assim como ocorrera em outros países, em capitais e grandes cidades brasileiras. Não tardou, porém, para que se interiorizasse e se disseminasse por todo território nacional. Atualmente, não há uma única cidade brasileira que não apresente, no mínimo, um caso de infecção pelo vírus ou de morte pela síndrome. E, embora esteja presente em todos os municípios brasileiros, a participação de cada um deles e, por consequência, de cada região, em sua configuração, varia significativamente. Destacam-se, nesse sentido, as regiões Sudeste e Sul, responsáveis por mais de 70% dos casos de Aids registrados desde a publicizada chegada da síndrome ao País (DATASUS, 2019).

De 2007 a junho de 2020, da totalidade de casos de Aids identificados no País, 152.029 (44,4%) foram na região Sudeste, 68.385 (20,0%) na região Sul, 65.106 (19,0%) na região Nordeste, 30.943 (9,0%) na região Norte e 25.966 (7,6%) na região Centro-Oeste.

Conforme o Boletim publicado em 2020, a taxa geral de detecção de Aids vem apresentando tendência de queda na última década (2009-2019) no Brasil, contudo, há diferenças entre as regiões. Nas regiões Sudeste e Sul, houve queda na taxa de detecção, passando de 23,2 (Sudeste) e 32,7 (Sul) casos por 100 mil habitantes em 2009, para 15,4 (Sudeste) e 22,8 (Sul), em 2019, denotando: uma queda de 33,6% e 30,3%, respectivamente. Em contrapartida, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, verificou-se crescimento na taxa de detecção da síndrome. Em 2009, as taxas registradas nessas regiões foram de 20,9 (Norte), 14,1 (Nordeste) e 18,6 (Centro-Oeste) casos por 100 mil habitantes; já em 2019, as taxas passaram para 26,0 (Norte), 15,7 (Nordeste) e 19,1 (Centro-Oeste) por 100.000 habitantes. As variações representaram um incremento de 24,4% (Norte), 11,3% (Nordeste) e 2,7% (Centro-Oeste) (Tabela 4) (BE HIV/Aids, 2020).

Tabela 4: Variação das taxas de detecção de Aids, segundo regiões brasileiras, período 2009 a 2019.

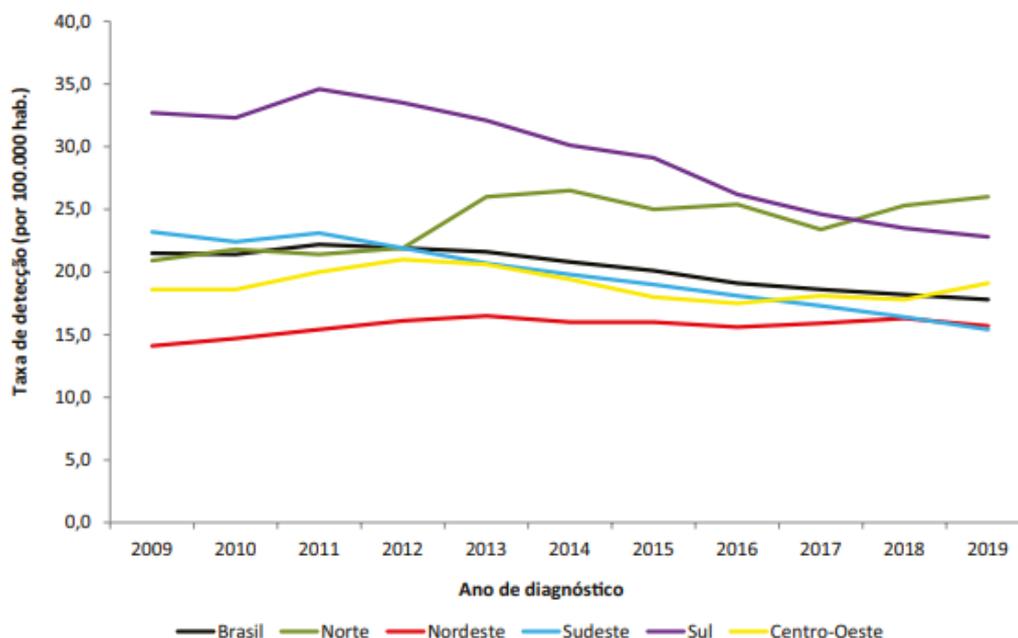
Região	Variação %
Sudeste	-0,336
Sul	-0,303
Norte	0,244
Nordeste	0,113
Centro-Oeste	0,027

Fonte: Elaboração própria com base nos dados divulgados pelo Boletim Epidemiológico HIV/Aids/2019 (BE HIV/Aids, 2020).

Segundo os dados apresentados no Boletim Epidemiológico HIV/Aids (2019), foi a partir da década de 2010 que o Brasil passou a assistir ao decréscimo efetivo da taxa de detecção de Aids, apresentando, quatro anos depois, uma queda, ao passar de 21,7 (2010) para 20,6 casos por 100.000 habitantes (2014). Redução semelhante deu-se entre 2016 e 2018, quando as taxas de detecção eram de 18,9 e 17,8 por 100.000 habitantes, respectivamente. Ainda segundo o relatório produzido pelo Ministério da Saúde brasileiro, em um intervalo de 10 anos, entre 2009 e 2018, a taxa de detecção apresentou uma baixa ainda mais importante, de 21,3%, quando passou de 21,6 (2009) para 17,8 casos por 100.000 habitantes (2018). Nesse

período, foram três as regiões que contribuíram para a queda (Sudeste, Sul e Centro-Oeste) (Gráfico 9).

Gráfico 9: Taxa de detecção de Aids (por 100.000 hab.), segundo região de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 2009 a 2019.

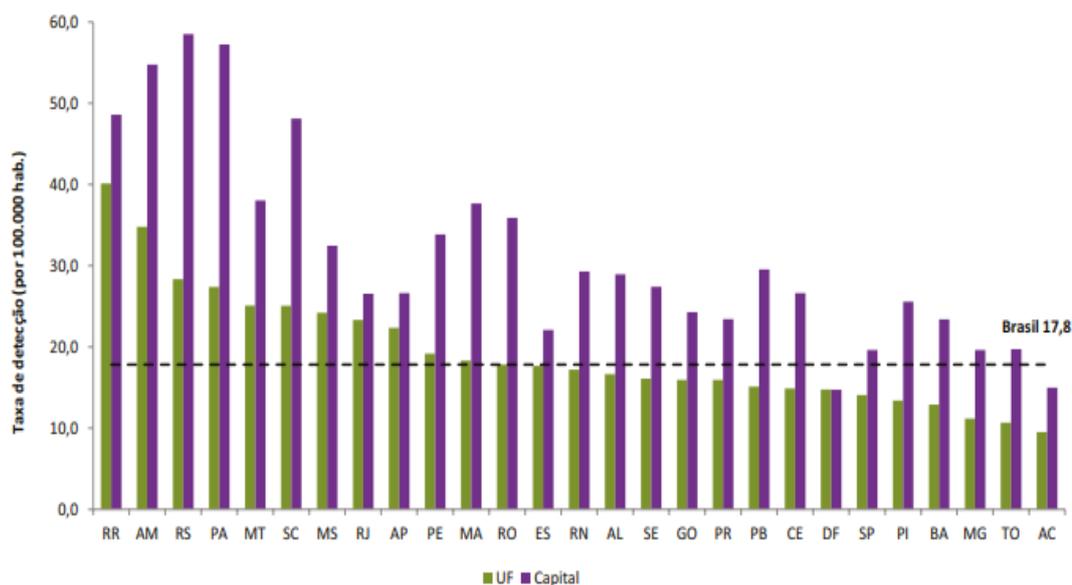


Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/Aids, Ministério da Saúde/Brasil, 2020, p.14.

Verifica-se, da mesma forma, um declínio na taxa de detecção de Aids em dez UF, no período 2009 a 2019: São Paulo (37,9%), Rio Grande do Sul (34,6%), Rio de Janeiro (33,6%), Santa Catarina (32%), Espírito Santo (24,7%), Distrito Federal (24,1%), Minas Gerais (23,3%), Paraná (18,5%), Tocantins (10,8%) e Rondônia (3,8%). Todavia, observou-se no mesmo período, um incremento de 61% na taxa de detecção de Aids no Acre.

Entre as capitais, contudo, apenas Rio Branco e Brasília apresentaram taxas inferiores à nacional: 15,0 e 14,7 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. Porto Alegre, por outro lado, apresentou uma taxa de 58,5 casos por 100 mil habitantes, em 2019, valor superior ao dobro da taxa do estado do Rio Grande do Sul e 3,3 vezes maior que a taxa nacional (Gráfico 10).

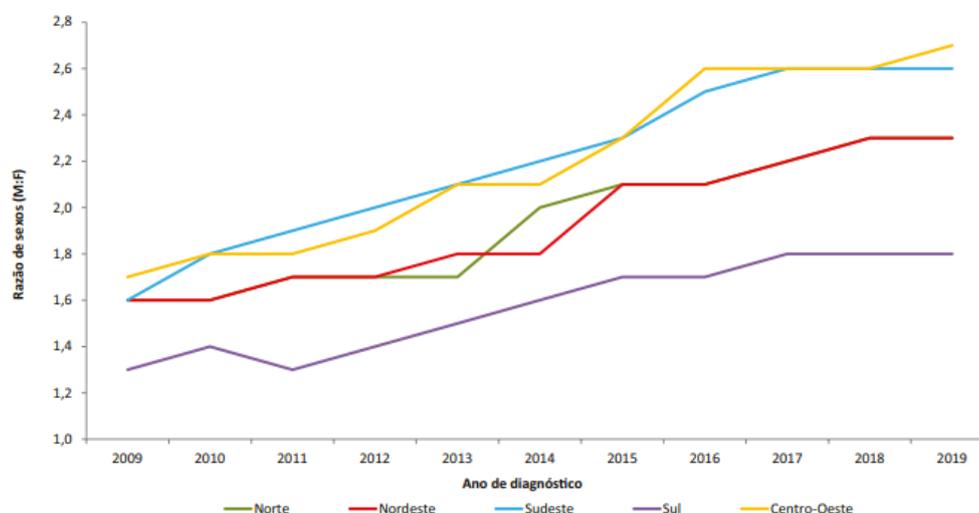
Gráfico 10: Taxa de detecção de Aids (por 100.000 hab.) segundo UF e capital de residência. Brasil, 2019



Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/Aids, Ministério da Saúde/Brasil, 2020, p.16.

Assim como outros indicadores, a razão de sexos apresenta importantes diferenças regionais, guardando semelhanças apenas no que concerne ao predomínio de casos de Aids em homens. Assim, enquanto nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, a razão de sexos foi, em 2019, de 26 a 27 casos em homens para cada dez casos em mulheres, respectivamente; no Norte e Nordeste, foram registrados 23 casos para cada dez mulheres, e na região Sul, 18 homens para cada dez mulheres. Essa última apresenta, portanto, uma maior proporção de mulheres no total de casos de Aids registrados em 2018 (Gráfico 11).

Gráfico 11: Razão de sexos segundo região de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 2009 a 2019.



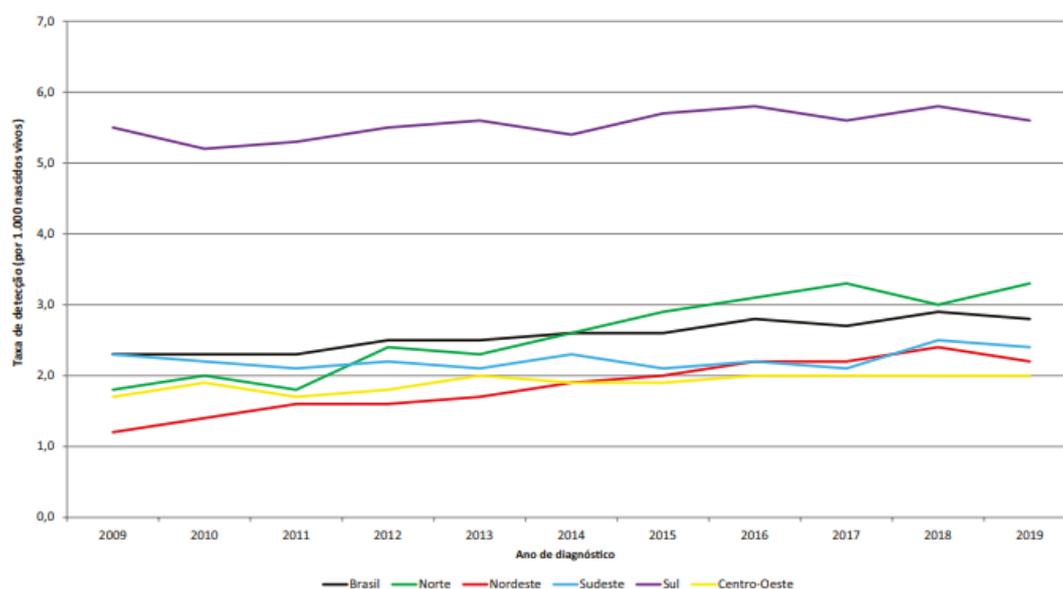
Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/Aids, Ministério da Saúde/Brasil, 2020, p.16.

A razão de sexos também apresenta variação de acordo com a faixa etária. No ano de 2019, por exemplo, a faixa etária que apresentou menor razão de sexos foi a de 50 anos ou mais, com razão de 1,7, e a faixa que apresentou maior valor foi a de 20 a 29 anos, com 3,7. No período entre 2009 e 2019, verificou-se que a faixa etária de 20 a 29 anos apresentou a maior variação percentual na razão de sexos.

Quanto à infecção pelo HIV em gestantes, entre 2000 e junho de 2019, 125.144 casos de gestantes infectadas com HIV foram notificados. A maioria dos casos foi registrada na região Sudeste (38,1%), seguida da região Sul (30%), Nordeste (17,7%), Norte (8,3%) e Centro-Oeste (5,8%).

Verificou-se ao longo da série histórica uma tendência de aumento no número de casos de gestantes infectadas pelo HIV em todas as regiões do Brasil. Entre as regiões que apresentaram maiores incrementos dessa taxa, entre 2009 e 2019, encontram-se o Norte e Nordeste, ambos com 83,3% de variação. A região Sul, por sua vez, embora não tenha registrado aumento das taxas no período analisado, apresentou os valores mais elevados das taxas de detecção em gestantes no país em toda série histórica (Gráfico 12), registrando, apenas em 2019, 5,6 casos por mil nascidos vivos, o que supera em duas vezes a taxa nacional (BE HIV/Aids, 2020).

Gráfico 12: Taxa de detecção do HIV em gestantes (por 1.000 nascidos vivos), segundo região de residência e ano do parto. Brasil, 2009 a 2019.



Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/Aids, Ministério da Saúde/Brasil, 2020, p.12.

Em 2019, 12 Unidades da Federação apresentaram taxa de detecção de HIV em gestantes superiores à taxa nacional. Entre esses, dois estados da Região Sul apresentaram as maiores taxas do Brasil, Rio Grande do Sul (9,0 casos/mil nascidos vivos) e Santa Catarina (5,0).

Tabela 5: Taxa de detecção de HIV em gestantes superior à taxa nacional, segundo UF/2018.

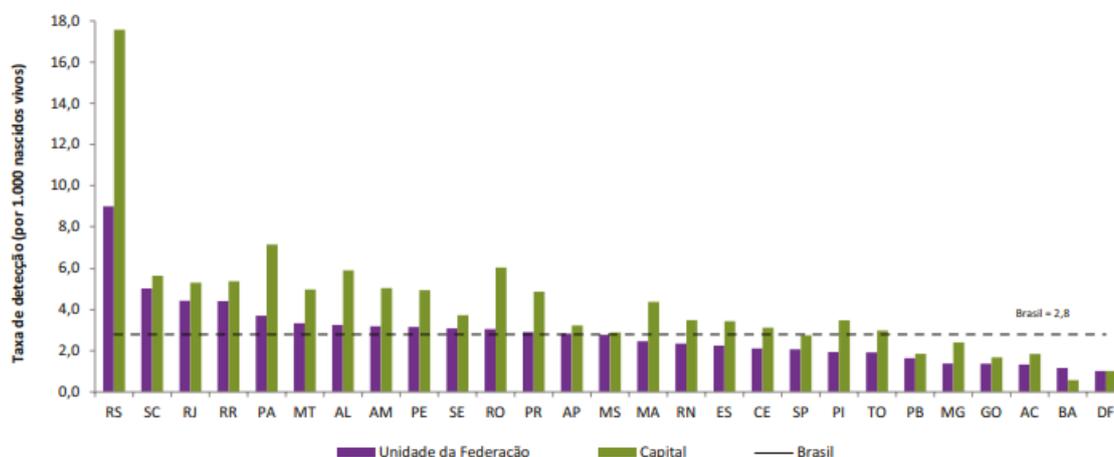
Unidade Federativa	Região	Taxa detecção HIV gestantes (casos/mil nascidos vivos)
Rio Grande do Sul	Sul	9,0
Santa Catarina	Sul	5,0
Rio de Janeiro	Sudeste	4,4
Roraima	Norte	4,4
Pará	Norte	3,7
Mato Grosso	Centro-Oeste	3,3
Alagoas	Nordeste	3,3

Amazonas	Norte	3,2
Pernambuco	Nordeste	3,2
Sergipe	Nordeste	3,1
Rondônia	Norte	3,1
Paraná	Sul	2,9

Fonte: Elaboração própria com base nos dados divulgados pelo Boletim Epidemiológico HIV/Aids, 2019 (BE HIV/Aids, 2020).

Quando observamos os dados epidemiológicos das capitais, verificamos que apenas sete delas apresentaram taxas de detecção de HIV em gestantes inferiores ou próximas à nacional: São Paulo (2,8), João Pessoa (1,9), Belo Horizonte (2,4), Goiânia (1,7), Rio Branco (1,8), Salvador (0,6) e Brasília (1,0) (Gráfico 13).

Gráfico 13: Taxa de detecção de gestantes com HIV (por 1.000 nascidos vivos), segundo UF e capital de residência. Brasil, 2019



Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/Aids, Ministério da Saúde/Brasil, 2020, p.13.

3.7 Considerações Parciais

Pode-se dizer que, quando comparada a outras epidemias que igualmente vitimaram a humanidade, a Aids emergiu em um momento histórico propício à sobrevivência dos seres humanos. Surgiu no século das grandes invenções no campo da ciência médica, das descobertas de cura para doenças antes letais. No século em que dispúnhamos de um amplo conjunto de saberes, técnicas e recursos para compreender e lidar com as questões de saúde e doença. Assim acreditávamos, ao menos. Em seus primeiros anos, no entanto, a epidemia de HIV/Aids, se mostrou tão rápida, dinâmica e letal quanto enigmática.

Após um período de tempo relativamente curto, o vírus foi isolado, deciframos as vias de transmissão e identificamos os sintomas da nova doença. Pouco mais de uma década depois de sua emergência, já dispúnhamos dos primeiros medicamentos antirretrovirais, drogas capazes de interferir na história natural da doença, prolongando, dessa forma, a vida daqueles que foram acometidos pelo vírus e pela síndrome. Ainda assim, a despeito de todas as conquistas biomédicas, não há nenhum país no mundo que tenha conseguido, até o presente momento, cessar a disseminação do vírus da Aids. As razões para isso são tanto de ordem biológica quanto social.

Sob o aspecto biológico, a complexidade em torno das epidemias de HIV/Aids é, por si só, uma realidade inquestionável. Essa complexidade não se relaciona apenas com a dinâmica reprodutiva do vírus, que, conforme visto no capítulo dois, possibilita o surgimento de novas cepas e de suas recombinações; tampouco, limita-se ao fato de que podemos experienciar, no mínimo, duas epidemias diferentes no mesmo período de tempo e no mesmo território – a(s) epidemia(s) de HIV (disseminação viral) e a epidemia da Aids (momento em que o vírus progride para síndrome e os infectados adoecem) -, mas, também, porque se somam à dimensão biológica aquelas de ordem social, política, econômica, jurídica e cultural.

Quando contextualizamos e territorializamos epidemias, deparamo-nos com o fenômeno que garante ao vírus e à síndrome que, em tese, possuem trajetórias de

progressão específicas e definidas, características e encadeamentos diversos. No caso do HIV/Aids, à já conhecida história natural da doença, é possível incluir as moralidades relacionadas às práticas e orientações sexuais, as desigualdades, desequilíbrios de poder, marginalização, tabus, estigmas, discriminação, violências e toda ordem de políticas e aparatos legais que mantém – ou amparam de alguma forma - esses elementos no âmbito de diferentes sociedades e culturas. Esses são, pois, os mesmos elementos que têm, atualmente, aprofundado a epidemia em muitos lugares, tornando distintos contingentes populacionais mais ou menos expostos aos riscos de contrair o vírus e adoecer em virtude da síndrome.

Em pouco menos de 40 anos, conseguimos não apenas diagnosticar a infecção por HIV com mais rapidez como, também, evitar através da administração contínua de ARVs que o vírus progrida para a síndrome. Nesse sentido, viabilizou-se que filhos de mães soropositivas para o HIV nascessem sem o vírus, reduziu-se as chances das PVHA desenvolverem doenças oportunistas, garantiu-se que a supressão viral evitasse, entre outras coisas, a transmissibilidade do HIV para outros indivíduos. Garantiu-se, assim, sobrevida e qualidade de vida às PVHA.

A despeito de todas as conquistas no campo biomédico, os indivíduos afetados direta ou indiretamente pela epidemia de HIV/Aids permanecem carregando um sem número de estigmas e vivendo, sob muitos aspectos, às margens da sociedade. Se no início a síndrome era relacionada a uma “elite marginal” (DANIEL; PARKER, 1991, p.14), atualmente aqueles que vivem à margem encontram-se mais vulneráveis àquela. Essa fórmula aplica-se não apenas às pessoas, mas, também, às regiões e países do todo o globo.

Uma análise fundamentada sobre a contextualização e territorialização da epidemia nos mostra que ela não afeta a todos da mesma forma. Razão pela qual, ainda que encontremos a cura a Aids, seus impactos sobre diferentes sociedades ainda precisarão ser considerados, mensurados e enfrentados.

Se já conhecemos o *modus operandi* do vírus e da síndrome, medo e preconceito ainda se associam ao desconhecimento para estabelecer falsas distâncias entre os “saudáveis” e os “doentes” – aqueles definidos, por excelência, como “os outros”. Se já existem testes capazes de detectar o vírus, em muitos lugares a testagem ainda é realizada tardiamente, inviabilizando, por vezes, que o TARV seja efetivo e possibilitando a ampla circulação do HIV. Se dispomos de um

extenso catálogo de drogas antirretrovirais eficazes, elas ainda não estão igualmente disponíveis para todos os que delas necessitam. Se reduzimos consideravelmente a transmissão vertical, ainda não conseguimos impedir que meninas e jovens mulheres de todo o mundo sejam diariamente infectadas e, muitas vezes, impossibilitadas de acessar serviços de saúde sexual e reprodutiva. Se promovemos um alto investimento em medicalização preventiva, ainda não conseguimos falar abertamente sobre a diversidade de práticas e orientações sexuais, sobre a estreita relação traçada entre a Aids e o prazer, sobre a necessidade de discutir as abordagens hostis e punitivas em relação ao uso de substâncias ilícitas.

A epidemia, já madura, continua dinâmica e viva. E na última década (2008-2018), logrou-se assistir a inúmeros avanços em nível mundial: a redução em 44% no número de mortes por Aids e de 28% na taxa de detecção de HIV no Leste e Sul africano, são provas de que com investimento em prevenção, insumos, medicações e recursos humanos é possível conter uma epidemia tão potente quanto a da Aids. No entanto, o crescimento entre 5% e 9% do número de mortes relacionadas à síndrome na Europa Oriental, em regiões da Ásia Central, do Oriente Médio e Norte da África, bem como o aumento, em 29% no número de infecções por HIV, na Europa Oriental e na Ásia, de 10% no Oriente Médio e Norte da África e de 7% na América Latina, apontam para os obstáculos que ainda iremos enfrentar nas próximas décadas.

Esses obstáculos poderiam ser considerados de menor importância, vez que identificamos as regiões que apresentam as maiores taxas de detecção e mortalidade, assim como as populações que estão, nesses locais, mais vulneráveis à epidemia, tornando o enfrentamento à Aids uma possibilidade real. Não fosse o fato de que em muitos locais, quando não faltam recursos financeiros e humanos, falta vontade política.

Quase quatro décadas após sua emergência, a Aids permanece sendo um tabu e, como tal, interdita, muitas vezes, discussões políticas dissociadas de valores conservadores e da moral religiosa. E a multiplicidade de epidemias, assim como de contextos socioeconômicos e políticos nos quais ela se desenvolve, faz com que as respostas à Aids sejam, igualmente, múltiplas. Cada sociedade produz uma epidemia distinta, assim como cada sociedade responde a ela de forma diferente.

Especificamente no caso do Brasil, a nação mais populosa da América Latina, apesar de seu importante histórico na construção de políticas de enfrentamento à Aids e da redução nas taxas de detecção de HIV e mortes relacionadas à Aids – principalmente na última década (2009-2019), vem registrando nos últimos anos um importante e significativo aumento no número de infecções entre as populações consideradas chave e prioritárias. Pelo lugar que ocupa na região, o Brasil tem sido responsável pela maioria dos casos de Aids no continente latino-americano, sendo, por essa mesma razão, um dos focos prioritários de intervenção das organizações internacionais no campo do HIV/Aids.

Caracterizado como um país continental, o Brasil possui uma ampla extensão territorial e uma relevante densidade populacional, sobre as quais imperam ainda altos níveis de desigualdade econômica, social, jurídica e política. Nesse cenário, o HIV/Aids ancora-se sobre diferentes realidades, ainda que balizadas sob a mesma identidade nacional. Nenhuma das cinco regiões do País, ou de suas 26 Unidades Federativas e seu Distrito Federal exercem o mesmo papel no que, grosseiramente, denominamos epidemia brasileira. É preciso, pois, observar e analisar cada uma dessas “pequenas epidemias” individualmente e em sua relação com o âmbito nacional, regional e internacional para compreender efetivamente o alcance das políticas que estão sendo desenvolvidas e a necessidade de reestruturá-las ou não de acordo com o contexto local.

Seja, portanto, em razão da falta de conhecimento sobre o HIV, dos altos níveis de estigma em relação às PVHA, da frágil ou escassa produção de dados acerca das populações-chave e de outros segmentos populacionais que vêm se tornando prioritários no âmbito do enfrentamento à Aids; seja em razão da violência de gênero, da hostilidade e criminalização direcionada à população transexual, homossexual, usuária de drogas e/ou privada de liberdade ou, ainda, da ausência de políticas e ações de saúde sexual e reprodutiva destinada à especificidade de mulheres e homens, considerando as necessidades e vulnerabilidades associadas à idade, identidade de gênero, orientação sexual e possíveis deficiências ou, de um ponto de vista estritamente orçamentário, da dificuldade que muitos países (e regiões inteiras) têm de manter ações de educação e prevenção ao HIV e programas de tratamento da Aids com ampla e acessível cobertura, são muitos os obstáculos

que se apresentam, e se entrecruzam, no combate à uma das mais potentes epidemias já vistas pela humanidade.

PARTE II

A GESTÃO DE UMA EPIDEMIA

4 DO MEDO AO ENFRENTAMENTO: A AIDS NO BRASIL

Em termos gerais, a história da Aids no Brasil e de seu enfrentamento se confunde com o processo de restabelecimento da democracia no País; com o retorno dos expatriados políticos (GASPARI, 2016); com a mobilização da sociedade civil em torno das pautas sociais (PARKER *et al.*, 1994; GALVÃO, 2000; LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a) e com o crescente debate promovido pelo movimento sanitarista em torno da necessidade de implementação de ações e políticas que garantissem saúde universal, descentralizada e gratuita à população brasileira (GRECO, 2016). Debate esse, que, junto àquele que culminaria na promulgação da Constituição Federal de 1988, resultou na inserção do conceito de saúde como dever do Estado e direito de todos os cidadãos, e que decorreu na criação do Sistema Único de Saúde brasileiro (PARKER *et al.*, 1994; GALVÃO, 2000; LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a; GRECO, 2016).

A Aids que encontrou um Brasil afoito por conquistas no campo dos direitos sociais era tão arrebatadora, virulenta e letal quanto aquela que vinha atravessando o globo, silenciosamente, há décadas; mas em terras brasileiras, além da potente epidemia que lhe é particular, a síndrome foi, também, capaz de originar um fenômeno político peculiar. Se, de um lado, o complexo cenário político, econômico e sociocultural que marcou o processo de redemocratização no País, trouxe consigo tanto os atores hábeis (FLIGSTEIN; McADAM, 2012), quanto os elementos políticos e simbólicos que comporiam o arsenal daqueles que se uniriam para enfrentar a epidemia; de outro, foi necessário enfrentar, antes mesmo do preconceito e da marginalização, o negacionismo que se atrelava à epidemia. De todo modo, é relevante mencionar que a síndrome não reuniu apenas aqueles que tinham pautas em comum, mas, também, aqueles que, outrora, poderiam encontrar mais conflitos do que convergências entre si, como era o caso da sociedade civil organizada e o Estado – então, militarizado -, por exemplo.

Neste capítulo deteremo-nos nos aspectos sociohistóricos que antecederam a emergência do campo do HIV/Aids no País, bem como nos atores que, posteriormente, compuseram o campo em questão.

A fim de responder as questões de pesquisa iniciaremos aqui a análise da configuração do campo do HIV/Aids no Brasil – sua emergência e consolidação e prosseguiremos com esse objetivo nos próximos capítulos. Com esse intuito, recorreremos às proposições da TCAE, a seguir sintetizadas, e, no capítulo 7, ao conceito de “capacidades estatais”, a fim de melhor entender os efeitos da Lei de Incentivo (BRASIL, 2002) sobre a atuação dos governos municipais no tocante à propositura e ao monitoramento das ações de enfrentamento à pandemia.

4.1 Teoria dos Campos de Ação Estratégica (TCAE)

Fligstein e McAdam (2012) propõem-se a explicar, a partir da TCAE, como os atores promovem mudanças ou dão início a processos de estabilidade social interagindo no interior de seus campos originários e/ou na interrelação com outros campos existentes. A definição por essa perspectiva teórica deu-se, portanto, na medida em que nosso objeto de análise nos levou a refletir não apenas sobre os processos de mudança e estabilidade como, também, sobre a relação entre Estado e sociedade no contexto do problema social aqui abordado. Tal como a área da assistência social, no caso de Marguerites (2019), acreditamos que os contornos e as características de nosso objeto empírico também podem ser discutidos a partir dos elementos que fazem da TCAE uma abordagem rica e desafiadora no âmbito da Policy Analysis, tais como: a delimitação de um campo de ação estratégica (CAE); o que nele está em jogo; as regras que estruturam as ações e relações; os seus atores habilitados, sejam eles indivíduos ou coletivos (incumbentes, desafiadores, unidades de governança interna, o Estado); os campos externos (estatais e não estatais) aos quais o CAE está vinculado; as mudanças – tanto incrementais quanto radicais – e os seus fatores explicativos (macroeventos, choques provocados por outros campos, invasão por desafiadores, ações estatais, crises de larga escala etc.) (FLIGSTEIN; McADAM, 2012; GOLDSTONE; USEEM, 2012).

Desenvolvida pelos sociólogos norteamericanos Neil Fligstein e Doug McAdam e apresentada, entre outras, na obra *Theory of Fields* (2012), a TCAE

propõe-se a explicar como os atores dão início a processos de mudança e/ou promovem estabilidade social dentro de arenas circunscritas. Nem o problema – os processos de mudança e a reprodução/estabilidade das instituições sociais –, nem a noção de arenas delimitadas – ou campos, nos termos de Fligstein e McAdam (2012) –, tampouco as questões teóricas envolvendo os atores/agência e as estruturas sociais, são novidades nos debates promovidos pelas ciências sociais.

A despeito da convencional agenda de pesquisa, Fligstein e McAdam inovam ao incorporar importantes – e já tradicionais – teóricos das ciências sociais e políticas cujos trabalhos se destinam a tratar os problemas sobre os quais eles se debruçam em sua obra-referência, e procuram, a partir de uma proposta conceitual e metodológica ampla e integrativa, superar as lacunas deixadas por modelos explicativos anteriormente formulados. Entre as muitas contribuições reconhecidas pelos autores merecem destaque: a noção de campo de Bourdieu (1984), a teoria da estruturação de Giddens (1984), a teoria institucional (POWELL; DiMAGGIO, 1991), o neoinstitucionalismo (HALL; TAYLOR, 1996) e a teoria dos movimentos sociais (CAMPBELL, 2005; RAO, 2009).

Ao identificarem limitações e articularem elementos constitutivos de diversas perspectivas teóricas, os sociólogos norte-americanos atualizaram uma tradicional agenda de pesquisa e conceberam um amplo modelo explicativo, cujas principais contribuições e diferenciais são:

- i)** Ênfase sobre a relação entre campos, reforçando a importância do ambiente externo e não permitindo interpretações que se limitem à dinâmica interna dessas arenas;
- ii)** Na tentativa de fugir do que acreditam ser armadilhas do voluntarismo e do determinismo estrutural, os autores operam com as categorias de habilidade social e de atores hábeis, a partir das quais procuram explicar as relações de cooperação/conflito entre atores individuais e coletivos;
- iii)** Ao criticarem a ênfase excessiva de abordagens dedicadas à reprodução em oposição às que versam sobre as mudanças institucionais, os autores oferecem um modelo em que equacionam as perspectivas externalistas e internalistas;
- iv)** Os autores fornecem um caminho metodológico para compreensão do papel das coalizões e/ou das hierarquias na ordem social dos campos;

- v) Lançam luz sobre o papel do Estado na precipitação de episódios de crise e na promoção de estabilidade nos campos.

Na medida em que enfatiza a ação coletiva desenvolvida pelos atores inseridos em arenas delimitadas, o conceito de campos de ação estratégica (CAE) revela-se uma das mais importantes contribuições da teoria concebida por Fligstein e McAdam (2012), a qual reúne os seguintes três componentes principais. Em primeiro lugar, a teoria baseia-se na noção de que os CAE são arenas circunscritas, delimitadas. Sendo, portanto, unidades estruturais das ordens sociais modernas (como estado, economia, política, sociedade civil, etc.), e cujas fronteiras são difíceis de demarcar com precisão. Em segundo, qualquer campo estará sempre inserido em um ambiente mais amplo contando, portanto, com outros campos que podem estar mais ou menos próximos entre si. Nesse ambiente, incluem-se, também, os Estados, haja vista que eles são definidos como sistemas intrincados de CAE, e, ao mesmo tempo, como ator. E, por último, sempre haverá, em um dado momento, campos em formação, estáveis ou em crise – a mudança é, pois, uma dinâmica social constante.

Nessas arenas, estabelecidas no nível intermediário da sociedade, atores individuais e coletivos, interagem – a partir do conhecimento mútuo e do entendimento comum sobre as funções, efeitos, regras e alocações de poder no interior do campo em questão. A partir desses CAE, assegurados, sobretudo, pela cooperação mútua, os atores se esforçam para criar e manter relações estáveis. Essa dinâmica, em seus microfundamentos, é caracterizada tanto por aspectos objetivos quanto subjetivos e simbólicos (encapsulados na expressão “a função existencial do social” [FLIGSTEIN; McADAM, 2012, p.35]).

Quanto à interrelação entre esses espaços sociais, apesar de definidos como arenas relativamente autônomas, é relevante mencionar que podem estabelecer pelo menos três tipos de liames com outros campos: **i)** hierárquicos (quando um campo depende de outro); **ii)** cooperativos e recíprocos (quando não existem grandes assimetrias de recursos entre os campos envolvidos) e, **iii)** distantes ou próximos (a depender da densidade dos vínculos mantidos entre seus integrantes). Segundo os autores (FLIGSTEIN; McADAM, 2012, p.90, tradução nossa) os campos estão inseridos em um *continuum*: “[...] com aqueles exibindo altos níveis de

consenso, coalizão e cooperação em uma extremidade e aqueles baseados em hierarquia, rígida e diferenças gritantes de poder em outra”.

Ademais, entre os aspectos centrais da teoria, no que tange à conformação, dinâmica de estabilidade e mudança dos CAE, é preciso arrazoar acerca dos “estados”/“episódios” (FLIGSTEIN; McADAM, 2012) em que os campos podem se encontrar, sendo considerados os seguintes estágios (CANDIDO, 2013, p. 216-217):

- i) **Campos emergentes:** são espaços sociais pouco institucionalizados, em que os significados, a construção das identidades e as formas de organização estão em disputa. Surgem por meio de processos de mobilização, nos quais, com base em uma leitura da realidade, das oportunidades e desafios, os atores desenvolvem novas interações traçando novos contornos. [...] A atuação dos atores socialmente hábeis, dos atores estatais e o surgimento de unidades internas de governança são fundamentais nesse momento, promovendo a superação das situações de caos inicial.

Fligsten e McAdam (2012, p.112, 175 e 204) acrescentam que em campos emergentes haveria uma multiplicidade de identidades coletivas e uma divisão dos recursos, em um esquema mais próximo ao de “coalizões políticas”, caracterizado por relações de poder mais equilibradas em comparação com o modelo hierárquico.

- ii) **Campos estáveis:** a emergência dos CAE tende a ser seguida por momentos de estabilidade, o segundo estado em que os arranjos estabelecidos se institucionalizam. Apesar de os campos encontrarem-se sistematicamente nessa situação, eles não são estáticos e se caracterizam por uma dinâmica constante de mudanças incrementais. [...] Conduzidos por seus atores socialmente hábeis, grupos dominantes buscam manter ou melhorar sua posição e os desafiadores atuam em uma posição bem mais desconfortável, utilizando-se de táticas como as alianças com grupos de outros CAE ou o afastamento do confronto direto com os incumbentes.

- iii) Campos em crise:** os campos não estão fadados a se reproduzir ou sofrer apenas mudanças incrementais, sendo o terceiro estado descrito o de crise. [...] A maioria das crises nos CAE é decorrente de choques exógenos, gerados em outros campos, que constituem o ambiente mais amplo. Esses choques podem gerar alterações nas percepções de realidade de grupos dominantes e desafiadores, fazendo com que enxerguem ameaças e oportunidades para realização de seus interesses.

Na medida em que algum nível de mudança e conflito sempre acontece nos campos, uma situação de crise aguda e generalizada é rara. Contudo, na opinião de Fligstein e McAdam (2012, p. 103, tradução nossa), “entre a rebelião aberta e a conformidade servil, há uma zona de ação estratégica que raramente é reconhecida por estudiosos, muito menos teorizada”. Por outro lado, momentos de inflexão nos campos são difíceis de apreender, exigindo do pesquisador a identificação de três aspectos: os fatores que precipitam a crise, os atores e eventos que formam o episódio ao longo do tempo e a dinâmica interativa que conduz ao seu desfecho (FLIGSTEIN, McADAM, 2012, p.166).

Em síntese:

Um campo de ação estratégica é uma ordem social construída, de nível meso, na qual atores (que podem ser individuais ou coletivos) estão sintonizados e interagem uns com outros na base de entendimentos compartilhados (que não quer dizer consensuais) sobre os propósitos do campo, relações com os outros no campo (incluindo quem tem poder e porque), e as regras governando a ação legítima no campo. Um campo estável é aquele no qual os principais atores são hábeis em reproduzir a si próprios e o campo durante um longo período de tempo (FLIGSTEIN; McADAM, 2012, p. 9, tradução nossa).

Entre os principais elementos a serem considerados no processo de análise desses espaços, além dos já mencionados, destacam-se: **i)** atores dominantes (incumbentes), atores desafiadores (*challengers*) e unidades de governança interna (UGI); **ii)** Habilidade social; **iii)** O contexto mais amplo em torno dos campos; **iv)** Choques exógenos, mobilização e o início de contenção; **v)** Episódios de contenção e, **vi)** Assentamento, acordo, pacto (*settlement*).

À semelhança do que ocorre em outras abordagens voltadas à teoria dos campos, a TCAE opera com dois grupos principais de atores: os titulares (incumbentes) e os desafiadores (*challengers*), sendo os campos um local de

constante disputa entre eles. Enquanto os primeiros são bem posicionados, dispõem de mais recursos (dos mais variados tipos) e conseguem influenciar mais fortemente outros atores no campo, os últimos contam com menor influência sobre a dinâmica social e, com frequência, precisam se submeter à lógica dos primeiros para sobreviverem no campo em questão.

Por fim, os autores incluem a possibilidade de mais um ator: as unidades de governança interna (UGI), que são organizações ou associações criadas pelos grupos dominantes ou pelo Estado, que operam como reguladoras e mantenedoras da ordem cotidiana dos CAE. A essas organizações cabe garantir o respeito às regras dos campos, o que pode ser efetivado via formalização dos regulamentos e, também, da aplicação de sanções (FLIGSTEIN; McADAM, 2012; MARGUERITES, 2018; 2019). Ademais, elas não se limitam às atividades internas de seus campos originários, como, também, conduzem relações com o ambiente exterior, incluindo campos externos aos seus.

Dentro dos campos, as relações de poder podem tomar a forma hierárquica ou de coalizões políticas, em que há um maior equilíbrio de poder, cooperação e interdependência. Para os autores, ainda que todos os campos contenham ambos os princípios, a maioria pende para um deles, sendo que as condições de interação existentes quando de sua emergência e a distribuição dos recursos entre os atores (não só os financeiros, mas, também, políticos, simbólicos, acesso aos dirigentes e à burocracia estatal, capacidade de mobilização, dentre outros) moldam a estruturação dessas arenas (FLIGSTEIN; McADAM, 2012, p.204).

Quanto à noção de habilidade social, cuja origem encontra-se no interacionismo simbólico e pode ser definida, em termos simples, como a habilidade de um ator de induzir a cooperação dos outros para criar e sustentar mundos sociais (FLIGSTEIN; McADAM, 2012), essa é, junto à concepção de CAE, uma das noções centrais da TCAE. Já em 2007, Fligstein abordava as questões relacionadas a ela:

A ideia de habilidade social é que os atores precisam induzir a cooperação dos outros. A habilidade de motivar os outros a tomar parte em uma ação coletiva é uma habilidade social que se prova crucial para a construção e reprodução de ordens sociais locais. Essa ideia pode ser utilizada para compreender como identificar a contribuição distinta dos atores, independentemente de estarem defendendo um conjunto existente de arranjos sociais ou impondo ou negociando uma nova ordem. O propósito de apresentar a ideia de habilidade social é fornecer um microfundamento sociológico, em oposição ao individualismo metodológico, para utilizar

teorias neoinstitucionalistas. A vida social gira em torno de obter uma ação coletiva, e isso requer que os participantes dessa ação sejam induzidos a cooperar. Algumas vezes se utilizam coerções e sanções para compelir os outros. Entretanto, muitas vezes, os atores estratégicos hábeis proporcionam identidades e quadros culturais para motivar os outros (FLIGSTEIN, 2007, p.62).

Em termos práticos, o conceito de habilidade social revela a importância dos atores no processo de compreensão do ambiente em que estão inseridos, dos atores com os quais compartilham sentidos e anseios e, também, na construção, reprodução e transformação de ordens locais (MARGUERITES, 2018; 2019). Conforme Goldstone e Useem (2012), uma habilidade social bem sucedida está associada à capacidade de engajar outros atores para a causa e construir coalizões com base em três dimensões: **i)** cognitiva (inteligência); **ii)** empatia (inteligência emocional) e, **iii)** comunicativa (habilidades linguísticas).

Portanto, um ator habilidoso é constituído, sobretudo, de atributos linguísticos, afetivos e cognitivo-comportamentais que possibilitam sua aproximação com outros atores e facilitam a compreensão e articulação de demandas coletivas. Eles são capazes de apreender com os indivíduos do seu grupo os interesses e identidades (individuais e coletivas) e, com isso, partilhar sentidos e significados não apenas com esses, mas, também, com aqueles que integram outros grupos e outros campos. São encontrados tanto entre os incumbentes quanto entre desafiadores, além de estarem inseridos nas unidades de governança interna (FLIGSTEIN; McADAM, 2012; TOYAMA, 2015).

Portanto, os atores habilidosos assumem um relevante papel nos processos de mudança e estabilização do campo, podendo atuar como empreendedores institucionais ao identificar janelas de oportunidades, bem como organizar arenas emergentes produzindo, assim, mudanças em um contexto mais amplo.

A despeito de sua composição, as relações que um campo trava com o ambiente mais amplo são, de modo geral, fonte da maioria das oportunidades e desafios que ele enfrenta ao longo do tempo (CÂNDIDO, 2013). De acordo com Marguerites (2018, p.134),

[...] mais uma vez emerge a dualidade da estrutura presente na TCAE. As condições internas e externas dos campos podem limitar as ações que acarretem grandes mudanças, mas também podem ser utilizadas como recurso para o desencadeamento de processos de transformação. Ademais, a conformação, consolidação e reprodução das novas regras do

campo são fabricadas pela atuação de seus membros, evidenciado a presença da retroalimentação entre estrutura e ação.

Para Fligstein e McAdam (2012), os campos constituem, entre si, uma importante rede de relações interdependentes. Da vinculação que um campo estabelece com os outros que estão ao seu redor dependerá sua emergência, estabilização e, mesmo, sua transformação e/ou ruptura.

Cândido (2013, p. 216) afirma que “a interdependência entre campos é vital para a caracterização de Estado feita pela TCAE”, isso porque tanto as crises (que, em tese, podem gerar transformação) quanto as oportunidades (a partir das quais podem surgir novos campos) emergem como “resultado de processos de mudança desestabilizadoras que se desenvolvem próximo a campos estatais ou não estatais” (idem, p. 216). A diferença, segundo o resenhista, encontra-se na autoridade que os campos estatais possuem para impor regras aos demais.

A TCAE considera o Estado como um campo regulador e delimitador de novos espaços sociais e, na medida em que formaliza as regras, ele garante previsibilidade e segurança aos atores e campos não estatais, sendo, em tempos de crise, procurados, principalmente pelos incumbentes, para restaurar o *status quo*. Em suas palavras: “Mais formalmente, um Estado um conjunto de campos estratégicos nos quais os atores se engajam em ação estratégica orientada para definir o que constituirão as regras de interação em todos os espaços sociais em um território dado” (FLIGSTEIN; McADAM, 2012, p.69-70, tradução nossa).

Portanto, o Estado é composto por uma infinidade de campos que aumenta e diminui de acordo com a competição por recursos e com o apoio e/ou competição estabelecida com outros estados e com CAE não estatais. E, à semelhança do que ocorre com os CAE não estatais, os CAE estatais são dependentes de suas relações com campos externos, porém, esses também são campos ligados ao Estado, de modo que essas associações são de mútua dependência, como uma densa e complexa treliça (*latticework*. FLIGSTEIN; McADAM, 2012, p.7 *et passim*).

A figura 5, abaixo, articula os diferentes elementos tratados até aqui, demonstrando, principalmente, as consequências teóricas em torno da interdependência dos campos. Segundo os autores (FLIGSTEIN; McADAM, 2012), o ambiente do campo é uma fonte de contínua turbulência na sociedade moderna. “Uma mudança significativa em qualquer campo de ação estratégica é como uma pedra atirada em um lago tranquilo, enviando ondas para todos os campos

próximos” (Idem, p.20, tradução nossa). No entanto, nem todas as ondulações são capazes de desestabilizar os outros campos. Assim como pedras, apenas as mudanças mais significativas são capazes de enviar ondulações intensas o suficiente para desestabilizar os campos próximos.

Embora esses momentos contínuos de turbulência ofereçam aos desafiantes oportunidades de apostar em suas posições e até mesmo mudar as regras do jogo, em campos já existentes, a maioria dos dominantes está geralmente bem posicionada e fortalecida para suportar essas pressões. Para começar, eles normalmente desfrutam de vantagens de recursos significativos sobre os desafiantes. Eles também podem não enfrentar um desafio, mesmo diante de um choque desestabilizador significativo por causa da percepção dos adversários de que os dominantes estão seguros em seu lugar de poder. Finalmente, os dominantes geralmente podem contar com o apoio de aliados leais dentro das unidades de governança, tanto internas ao campo quanto inseridas em campos próximos, estatais e não estatais. De posse desses recursos materiais, culturais e políticos, os dominantes estão posicionados para sobreviver (FLIGSTEIN; McADAM, 2012, p.20, tradução nossa).

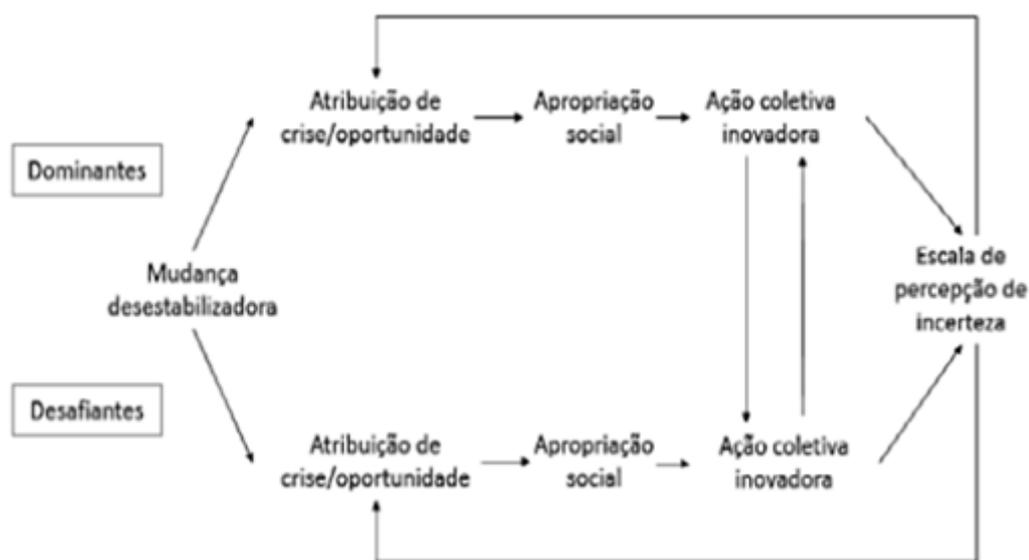
Os autores chamam atenção, contudo, para o fato de que todas essas vantagens atribuídas aos dominantes podem não ser suficientes para evitar um “episódio de contenção”. Raramente a magnitude da turbulência “pode impor uma crise em campos muito próximos, especialmente naqueles que estão em uma relação verticalmente dependente com o CAE em questão” (FLIGSTEIN; McADAM, p.20, tradução nossa).

Normalmente, a magnitude da mudança causadora da desestabilização não é grande o suficiente a ponto de gerar uma crise. Conforme os autores, “o grau exato de ameaça que a mudança demonstra é determinado pelo processo de mobilização altamente contingente” (FLIGSTEIN; McADAM, 2012, p.20, tradução nossa), ilustrado na figura 5. Para eles, esse processo trata sobre a capacidade de construção social e agência estratégica – elementos que se encontram no centro de sua perspectiva analítica. Esse processo consistiria em três mecanismos interligados:

A primeira é a atenção coletiva de ameaça/oportunidade. A questão simples é: como os processos de mudança desestabilizadora são interpretados pelos dominantes e pelos desafiantes? A menos que sejam definidas como uma seria ameaça ou oportunidade para a realização de interesses coletivos, não há possibilidades de que se desenvolvam graves crises de campo ou ‘episódios de contenção’. A atenção coletiva à ameaça

ou oportunidade não é, no entanto, suficiente por si só para garantir o início da contenção. Para que isso aconteça, duas outras coisas devem acontecer. Em primeiro lugar, aqueles que percebem ameaça/opportunidade devem comandar os recursos organizacionais (por exemplo, apropriação social) necessários para mobilizar e sustentar a ação. Em segundo lugar, a marca registrada de um verdadeiro episódio de contenção é a interação intensificada envolvendo o uso de formas inovadoras e anteriormente proibidas de ação coletiva (por exemplo, ação inovadora). Se os desafiadores, em face de um senso comum de ameaça ou oportunidade, continuarem a seguir os “canais apropriados” e regras estabelecidas para pressionar suas reivindicações, nenhuma crise ou episódio sustentado de contenção provavelmente se desenvolverá (FLIGSTEIN; McADAM, 2012, p.20-21, tradução nossa).

Figura 5: Teoria dos Campos de Ação Estratégica



Fonte: Fligstein e McAdam (2012, p.20) apud (traduzido in) Souza (2015, p.43).

Uma das críticas feitas por Fligstein e McAdam (2012) a algumas das teorias sobre as quais se apoiaram para elaborar a TCAE, é sua ênfase à reprodução em detrimento das mudanças institucionais^[26], de modo que os autores procuram oferecer um modelo que equilibra as perspectivas externalistas e internalistas.

O problema que subjaz aos modelos teóricos propostos tanto por externalistas como Baumgartner e Jones (1993) – modelo do equilíbrio pontuado - quanto por internalistas como Streeck e Thelen (2005) – neoinstitucionalistas - gira em torno da necessidade de compreender a estabilidade e a mudança em políticas públicas. Se, em termos básicos, para Baumgartner e Jones (1993), as dinâmicas nas políticas públicas são marcadas por episódios de estabilidade que são

interrompidos (ou pontuados) por períodos de mudança/ruptura que guardam estreita relação com ambientes/eventos externos; para Streeck e Thelen (2005), a partir do momento em que instituições (ou políticas públicas) são criadas e, uma vez que os indivíduos participam ativamente da produção de estabilidade, é através da disputa constante entre os integrantes de um determinado campo que elas serão levadas a mudar de forma lenta e gradualmente.

Ao defender que o modelo do equilíbrio pontuado e do neoinstitucionalismo não são perspectivas excludentes, Fligstein e McAdam (2012) procuram equacionar ambas as abordagens focando, principalmente, as disputas cotidianas e os choques exógenos para explicar as grandes rupturas (CÂNDIDO, 2013; MARGUERITES, 2018).

Na TCAE, enquanto as mudanças incrementais podem ser entendidas como resultado das disputas cotidianas empreendidas entre dominantes e desafiadores que, de forma gradual, alteram os sentidos compartilhados em torno do campo, os eventos exógenos podem ser de dois tipos: os macroeventos (que disseminam uma sensação generalizada de crise) ou a transformação em campos próximos, que, enquanto processos latentes, conseguem modificar radicalmente os fundamentos daqueles (MARGUERITES, 2018; 2019).

Com relação a esses efeitos, os autores lançam mão de uma imagem bastante apropriada: as ondulações provenientes do arremesso de uma pedra em um lago. Desta forma, os sociólogos ilustram a turbulência rotineira e contínua da sociedade moderna, que é provocada pela interdependência entre os campos, .. Ocorre que nem todas as ondulações são capazes de gerar desestabilizações, apenas as mais dramáticas e intensas geram ondas suficientemente vigorosas, aptas a representar uma ameaça real à estabilidade dos campos próximos (FLIGSTEIN; McADAM, 2012).

Quando tais modificações rompem o equilíbrio interno, observamos o que Fligstein e McAdam (2012) denominam de episódios de contenção, ou seja, períodos de “interação contenciosa emergente entre atores que utilizam formas inovadoras de ação em relação uns aos outros” (FLIGSTEIN; McADAM, 2012, p.21, tradução nossa).

Quando há discordância ou divergência em torno do tema central sobre o qual o campo interage, e um evento de contenção se forma, de maneira abrupta ou não, esse pode ser avaliado como uma ameaça ou como uma nova agenda política

(PREGNOLATO *et al.*, 2019). Desse modo, uma vez que trazem incertezas em relação às regras do campo e às relações de poder estabelecidas em seu interior, os episódios de contenção terminam alterando as regras do campo ou reestabelecendo o *status quo*, garantindo que o campo saia do estado de crise e encontre o equilíbrio.

Além de graduais e internas ou provocadas por choques exógenos, as mudanças podem advir, igualmente, da invasão por grupos *outsiders* ou da ação estatal, pois: “Finalmente, vemos o Estado como um ator central simultaneamente precipitando crises em alguns campos, defendendo/estabilizando o *status quo* em outros, e ajudando a criar novas ordens sociais em outros campos de ação estratégica ainda incipientes” (FLIGSTEIN; McADAM, 2012, p. 113, tradução nossa). De fato, se pensarmos em uma estrutura vertical e com múltiplos encaixes inerentes ao meta-espço, que varia conforme o tamanho e a importância de cada um de seus componentes, o Estado representaria a maior boneca russa (*russian doll*), aquela que englobaria todas as demais (FLIGSTEIN; McADAM, 2012, p.102).

Outro conceito central da TCAE é o de “*settlement*”, que não possui tradução exata para a língua portuguesa. Nos dicionários bilíngues, encontramos substantivos como: assentamento, decisão, acordo, consenso. Para os autores seria algo como um “consenso estável”, que aqui derivamos para a palavra “pacto”. Trata-se de um de momento ou de um evento imprescindível à (re)estruturação de um CAE.

Na maioria dos casos, entretanto, os campos nascem dos esforços conjuntos de atores coletivos para formar um *consenso estável* em relação às regras de conduta e aos critérios de associação que rotinizam a interação na busca por objetivos comuns. Chamamos esse *conjunto de entendimentos* de “*settlement*”. Podemos dizer que um campo de ação estratégica estável surge quando os atores que o compõem compartilham um entendimento desse “*settlement*” e agem rotineiramente para reproduzi-lo. Em tais casos, o poder social e os significados compartilhados foram mobilizados para criar uma ordem social robusta. Nesses campos de ação estratégica, os meios e os fins são amplamente compartilhados e a ação é orientada para preservar o conjunto de compreensões estáveis e de identidade coletiva que estrutura as oportunidades da vida cotidiana dos grupos afetados. Forjar um “*settlement*” é uma conquista e tanto, mas mesmo nos campos mais estáveis, um “*settlement*” deve sempre ser considerado como um trabalho em progresso. Nunca devemos esquecer que a ordem político/cultural de qualquer campo permanece uma conquista social inacabada, dependente da habilidade social dos atores - especialmente os ocupantes mais poderosos - que o compõem. (FLIGSTEIN; McADAM, 2012, p. 92, tradução nossa, grifos nossos)

Por fim, os autores incluem no capítulo o 6 o citado livro (“*Methodological Considerations*”), um roteiro (“*roadmap*”) sequencial para a aplicação da TCAE em contextos empíricos.

Por exemplo, deve-se ser capaz de reconstruir, a partir de evidências históricas, o caráter dos campos de ação estratégica em um dado momento. O primeiro passo requer que o analista determine se existe um campo de ação estratégica ou, alternativamente, se organizações ou grupos estão lutando para produzi-lo. Em seguida, é preciso decidir quem são os principais atores e como eles concebem a ação estratégica. Finalmente, [ainda] no momento inicial, deve-se estabelecer quais regras, se houver, o Estado produziu para orientar a ação e a relação entre ele e o campo de ação estratégica em consideração. Munido desse conhecimento, o analista deve ser capaz de sugerir quais cursos de ação são possíveis e impossíveis. É uma boa aposta que o Estado terá algum papel na produção de estabilidade em campos de ação estratégica desorganizados. (FLIGSTEIN; McADAM, 2012, p. 175, tradução nossa)

Cotejando perspectivas epistemológicas distintas – desde estudos que utilizam conceitos ou partes da teoria em uma lógica dedutiva, até aqueles que procuram compreender um fenômeno específico de forma indutiva -, os autores afirmam que qualquer procedimento metodológico só fará sentido se estiver alicerçado sobre uma compreensão robusta da TCAE. Nesse sentido, propõem expandir a aplicação da teoria em análises longitudinais ou sistêmicas (que chamam de “positivistas”) ou em estudos contextuais acerca de fenômenos históricos reais (denominados “realistas”), incorporando tanto procedimentos qualitativos quanto quantitativos (FLIGSTEIN; McADAM, 2012, p.164-199).

Portanto, com base nas premissas teórico-metodológicas da TCAE analisaremos a constituição do campo de ação estratégica do HIV/Aids no Brasil a partir de três momentos principais: a) emergência do campo, quando havia maior equilíbrio de poder e uma dispersão de atores e de (poucos) recursos (no capítulo 5); b) institucionalização/consolidação – fase 1, quando ocorre um movimento de centralização da questão e seu enfrentamento pelo governo federal, bem como inicia a cooperação com o Banco Mundial (no capítulo 6); c) institucionalização/consolidação – fase 2, quando ocorre um novo pacto (*settlement*) a partir da promulgação da lei de incentivo (BRASIL, 2002), que deu novo impulso ao processo de descentralização da política nacional de HIV/Aids, com a participação de uma maior quantidade de municípios em relação aos dos anos anteriores (no capítulo 7). Neste percurso o campo surge congregando coalizões

políticas e, com o passar do tempo, se torna maduro a partir da centralização pelo governo federal, e, por fim, ocorre um movimento de descentralização que abrange um amplo número de governos subnacionais. Central nesse retrospecto é o papel de três grupos de atores-chave: sociedade civil, atores estatais e organismos internacionais.

Os procedimentos metodológicos empregados para obtenção dos resultados apresentados neste e nos próximos capítulos incluíram: a) reconstrução histórica da trajetória do campo a partir dos anos 1980; b) estudo descritivo de um conjunto de municípios participantes da PInc, a fim de apreender a repercussão dessa inserção sobre a capacidade dos governos municipais de planejar ações em HIV/Aids. A fonte de informações pesquisadas foi o site que cadastra os Planos de Ações e Metas (“pam.aids.gov.br”) ¹⁰⁶.

Como abordagem inicial, a partir deste ponto e até o final do presente capítulo, trataremos dos antecedentes e dos atores centrais do campo em questão.

4.2 “Brasil, ame-o ou deixe-o”: os anos de chumbo e os antecedentes do problema social da Aids

Ao longo de 21 anos o Brasil viveu sob o regime militar, fruto de um golpe instaurado em abril de 1964. Sob o argumento de que o País se encontrava sob ameaça comunista os militares, apoiados por uma parcela da sociedade, derrubaram o então presidente, democraticamente eleito, João Goulart e, em seu lugar instituíram seu representante, o Marechal Castelo Branco (GASPARI, 2002a). De caráter nacionalista, autoritário e com certo “ufanismo modernizante” (GASPARI, 2002a; 2002b), o regime substituiu a Constituição de 1946 pela de 1967, dissolveu o Congresso Nacional, suprimiu liberdades civis, criou um Código de Processo Penal ampliando os poderes do Exército Brasileiro e da Polícia Militar e instaurou 17 Atos

¹⁰⁶ No capítulo 7 apresentaremos, com mais detalhes, os procedimentos relativos ao estudo descritivo.

Institucionais, entre os quais o Ato Institucional Nº5 (AI-5) (GASPARI, 2002b; 2003; 2004).

O AI-5, instituído em 1968 durante o governo de Artur da Costa e Silva, é conhecido por ter sido o mais duro dos Atos Institucionais. O decreto ampliou ilimitadamente os poderes do presidente, resultando na anulação dos mandatos parlamentares dos que se posicionavam contra os militares e na interrupção de direitos políticos. Foi a partir dele que se fechou o Congresso Nacional e as Assembleias Legislativas. Em razão do AI-5, instituiu-se a censura prévia de obras artísticas e dos meios de comunicação e, do mesmo modo, penalizou-se as reuniões políticas não autorizadas previamente pela polícia. Nesse período, além dos milhares de presos políticos e das centenas que tiveram seus direitos políticos cerceados, inúmeros foram aqueles que, torturados, perderam a vida por apresentarem perspectivas políticas e ideológicas distintas das hegemônicas (GASPARI, 2002b; 2003; 2004).

Após 10 anos de sua implementação, o Ato Institucional nº 5 foi revogado durante o processo de abertura política conduzido pelo governo de Ernesto Geisel, cujas consequências mais diretas foram o fim da censura e das torturas de presos políticos. Em 1979, João Baptista Figueiredo, encaminhou ao Congresso Nacional um projeto de lei que previa defender anistia que, mesmo sendo menos ampla, geral e irrestrita do que aquela proposta pela sociedade brasileira permitiu, ainda assim, trazer ao País inúmeros cidadãos exilados no período da repressão política empreendida pelos militares (projeto que beneficiou, entre outros, os próprios repressores) (GASPARI, 2004; LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a; GRECO, 2016).

Com o processo de anistia em andamento, intelectuais e lideranças políticas retornavam, pouco a pouco, do exílio e “[...] com essa experiência, vieram a dar um impulso vigoroso na atuação da sociedade civil, que se mostrou de grande eficácia na luta contra a Aids” (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p. 19). Um exemplo da contribuição dos expatriados políticos na organização do movimento social que, mais tarde atuaria em prol da causa do HIV/Aids, diz respeito à criação

do Grupo SOMOS¹⁰⁷, em São Paulo e no Rio de Janeiro, no final da década de 1970 (GALVÃO, 2000; LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a).

4.3 O movimento da Reforma Sanitária

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição por meio de emenda popular que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1998).

Ao longo do regime de exceção imposto pelo golpe militar, o Brasil se viu diante de inúmeras crises – econômicas, sociais, políticas, educacionais, habitacionais, sanitárias, entre outras. No que concerne especificamente ao campo sanitário importa ressaltar a estreita relação travada entre a Previdência Social, a Assistência Social, a Saúde e suas consequências.

Criado em 1974, em substituição ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – cujo objetivo era unir um conjunto de Institutos de Aposentadorias e Pensões existentes à época -, o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), era vinculado ao Ministério da Previdência Social e Assistência Social e a ele estava ligado o acesso à saúde antes da criação do SUS (SANTOS *et al.*, 1994; ESCOREL, 1999; PAIM, 2008).

A estreita relação entre saúde, assistência social e previdência instaurava, assim, um sistema de saúde destinado a poucos: apenas àqueles que, por estarem inseridos no mercado formal de trabalho, contribuía para a previdência social. Os que não dispunham das condições necessárias para recorrer ao sistema previdenciário de saúde, tampouco ao sistema privado, precisavam procurar pelos

¹⁰⁷ Criado em 1978, é considerado o primeiro grupo de defesa dos direitos dos homossexuais do Brasil (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a).

escassos serviços municipais e estaduais disponíveis e pelas instituições assistencialistas e/ou hospitais universitários.

No contexto do enfrentamento à ditadura, em seu período mais repressivo, no final da década de 1960, regido sobre o tema Saúde e Democracia, nasceu a “base teórica e ideológica de um pensamento médico-social” (SCOREL, 1999, p.19), o movimento sanitarista brasileiro.

De acordo com o site Acervo da Reforma Sanitária (2020), a expressão teria sido usada para se referir ao conjunto de ideais que se tinha em relação às transformações almejadas para todo o setor da saúde. O movimento brasileiro, ao postular a democratização da saúde, uniu estudantes, acadêmicos, setores populares, profissionais da saúde e suas entidades representativas, o que culminou, em 1976, na criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) (FLEURY, 1997).

Esse processo de desenvolvimento de abordagem marxista do campo da saúde ocorreu durante a ditadura militar, através de uma prática política nas universidades. Os Departamentos de Medicina Preventiva “foram a base na qual se desenvolveu a produção de conhecimento sobre o estado de saúde da população e sobre a organização das práticas sanitárias, produção esta frequentemente articulada com modelos experimentais de organização de prática médica, quer para efeito de demonstração, quer para finalidades didáticas” (DONNANGELO, 1983, p. 26 apud SCOREL, 1999, p.19).

Mencionando o pronunciamento do intelectual e senador do então Partido Comunista Italiano (PCI), Giovani Berlinguer, em conferência proferida no 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizada no Rio de Janeiro em 1986, Paim (2008) salienta a questão que norteou a fala de Berlinguer: - *O que é uma Reforma Sanitária?*

Em primeiro lugar, para o intelectual italiano, é importante lembrar “que as revoluções e as reformas não se exportam” (PAIM, 2008, p.25), razão pela qual é imprescindível compreender as formas como saúde e sociedade se entrelaçam e se atravessam em cada contexto. Além do mais, é preciso, ainda segundo Berlinguer, ter em mente algumas reformas e revoluções que mudaram a forma como enxergamos o campo da saúde.

A reforma hipocrática que separou as ciências médicas da religião e a profissão médica do sacerdócio, além de estabelecer uma ética própria para os médicos e de reconhecer as relações entre saúde, ambiente e instituições políticas, bem como as normas como forma de prevenção; a

Reforma Sanitária da passagem do século XIX para o XX, com o desenvolvimento das ciências médicas, descobrimentos no campo das ciências médicas, descobrimentos no campo das doenças infecciosas e do trabalho, condições de vida nas cidades, relação entre moradia e doença, incluindo as contribuições do Capital de Marx, de químicos como Pasteur e de cientistas como Oswaldo Cruz. [...] uma nova fase de *Reforma Sanitária* envolvendo a tendência contraditória de conquistar o direito universal à saúde e construir serviços nacionais ou sistemas integrados de saúde (BERLINGUER, 1987 *apud* PAIM, 2008, p.25-26, grifos do autor).

O político italiano, considerado por Escorel (1999) um dos “padrinhos do movimento sanitário”, destacou que entre as reformas contemporâneas haveria “dois exemplos históricos de construção: como *consequência* de uma revolução política e social (Cuba e China) ou como parte de um *processo* vinculado a uma revolução democrática, na qual as classes trabalhadoras e a intelectualidade comprometida poderiam exercer um papel de vanguarda (Reino Unido, Canadá, Espanha, Portugal, Itália)” (PAIM, 2008, p.26, grifos do autor). Podendo o Brasil, segundo compreendemos, figurar entre os países do segundo grupo.

No que concerne às críticas do movimento sanitário ao sistema então vigente, Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2105a, p.25) salientam:

[...] a baixa cobertura das ações assistenciais as quais, na época, por estarem atreladas ao sistema previdenciário, eram reservadas aos indivíduos com vínculo empregatício formal. Eram ainda abordadas questões como a existência de múltiplos sistemas de saúde que operavam nas esferas federal, estadual e municipal, os elevados gastos públicos com saúde decorrente da crescente participação do setor privado na prestação de serviços ao governo e a falta de articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. A reforma proposta tinha por meta investir nas áreas de epidemiologia e planejamento para a organização das ações programáticas de saúde pública.

É importante mencionar que, para além da relevância do movimento sanitário na construção do sistema único de saúde tal como o conhecemos no País – universal, gratuito, descentralizado -, ele também produziu discussões no campo da teoria e do pensamento médico-social que impactaram a forma como a política de enfrentamento à Aids seria conduzida. Um dos temas prioritários do movimento sanitário refere-se, segundo Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a; 2015b), à teoria social da medicina e à noção de saúde coletiva, o que implica, entre outras coisas, na participação das comunidades na condução das políticas públicas. Essa seria, conforme veremos adiante, uma das mais importantes marcas da política nacional de enfrentamento à epidemia de HIV/Aids no Brasil.

4.4 “A Epidemia do Século” chega ao Brasil

1983. João Baptista Figueiredo, o 30º Presidente do Brasil (1979 a 1985), foi também o último presidente do período da ditadura militar. Em março, tomaram posse os primeiros 22 governadores eleitos diretamente após o golpe de 1964 (GASPARI, 2016).

Em meio ao emergente processo de redemocratização, o País recebia com assombro a primeira matéria televisiva sobre a Aids, tornando a epidemia conhecida pelo grande público. Dois anos antes, em 1981 o Jornal do Brasil (RJ) já havia publicado uma matéria sobre o que, até então, acreditava-se ser uma espécie de epidemia de “câncer raro entre homossexuais” norteamericanos¹⁰⁸. A matéria, produzida por Lawrence Altman, fora traduzida do New York Times no mesmo ano (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a).

Os primeiros casos de Aids, contudo, foram registrados no Brasil apenas em 1982. Anos depois, verificou-se, em retrospecto, a existência de um caso em 1980, na cidade de São Paulo (SP). A notícia chegara ao País, conforme se acreditava à época, antes da doença.

Quando, em 1983, o Fantástico, programa produzido pela Rede Globo, apresentou a reportagem “Síndrome da Imunodeficiência Imunológica: a Epidemia do Século” de Hélio Costa (BARATA, 2006), o Boletim Epidemiológico já registrava 39 casos, sendo dois em mulheres e, 38 óbitos, dos quais dois vitimaram, igualmente, mulheres. De modo que a epidemia já não dizia mais respeito a um Outro desconhecido e geograficamente distante.

No Brasil, a epidemia de HIV/Aids teve início nos estados do sudeste e sul e, rapidamente, foi se expandindo para os estados do nordeste e centro-oeste, atingindo, por último, o norte (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a). Nacionalmente, entre 1980 e 1986 a proporção de casos homossexuais masculinos

¹⁰⁸ No campo médico não se falava ainda em Aids, mas em Sarcoma de Kaposi – uma das doenças consideradas oportunistas -, razão pela qual a atenção voltava-se para a alta incidência de câncer entre homossexuais masculinos, daí a expressão pejorativa “câncer gay” (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a).

chegara a 63,2% do total de casos de transmissão sexual (CASTILHO *et al.*, 1994, p.62).

Uma vez que, no início, a Aids atingiu homens homossexuais de classe média alta para, em seguida, se disseminar entre a comunidade *gay*, a doença foi primeiramente ignorada pelas autoridades médicas que não acreditavam se tratar de uma epidemia, haja vista que a doença se encontrava, segundo eles, disseminada entre um único grupo socioeconômico (DANIEL, PARKER, 1991). Em um segundo momento, diante da expansão da síndrome, mas, ainda, na vigência do perfil daqueles que foram primeiramente afetados pela moléstia, muitos sanitaristas opuseram-se a enfrentá-la como uma epidemia, considerando-a de menor importância quando comparada a outras enfermidades enfrentadas em território nacional (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a).

A negação em torno da Aids não era uma realidade apenas no campo médico, mas, também, entre o ativismo *gay*, dentro do qual alguns militantes “se recusavam a se organizar para enfrentar a nova síndrome por considerarem que era ‘doença de bicha burguesa’” (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.44), enquanto outros acreditavam estar diante de uma moléstia inventada com objetivo de moralizar as práticas sexuais homossexuais (GALVÃO, 2000), uma vez que esses atores vinham, até então, usufruindo de um momento social mais aberto às liberdades individuais e à expressão da sexualidade.

Muitos médicos, no entanto, travavam, de fato, uma “cruzada moralizante” contra os homossexuais, utilizando os congressos especializados e a mídia leiga para divulgar discursos que alimentavam preconceitos e pânico em torno da doença. Alegando que os homossexuais masculinos eram os principais responsáveis pela disseminação da doença devido às suas práticas sexuais e seus comportamentos “promíscuos”; esses profissionais ajudaram a difundir as noções de “grupo” e “comportamento de risco” para o HIV/Aids (GALVÃO, 2000; LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a; GRECO, 2016) - principais elementos da representação social da Aids no Brasil.

Assim ocorrera durante o 2º Congresso Brasileiro de Infectologia, organizado pela Sociedade Brasileira de Infectologia, em junho de 1983, quando o tema da Aids foi amplamente discutido entre os presentes. Nessa ocasião, o importante cientista Albert Sabin pronunciou-se contra a ideia de um câncer *gay*, reiterando que as causas da destruição do sistema imunitário verificada recentemente em pacientes

sem antecedentes de doenças imunodeficientes, eram inteiramente novas. Todavia, ele chamava atenção para a relação entre a homossexualidade e a nova doença, recomendando, assim, que os bancos de sangue não recebessem doações por parte desses indivíduos. Sabin acrescentou a essa recomendação que leis fossem criadas para regulamentar a doação de sangue e seus derivados, punindo homossexuais que, por ventura, omitissem sua “condição” com a intenção de realizar a doação (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.36).

As práticas cotidianas nos ambulatórios e hospitais refletiam o preconceito que marcava o dia-a-dia das PVHA, conforme menciona Greco (2016, p.1554) “o medo era o sentimento mais fácil de compreender e teoricamente o mais fácil de combater”, mas na realidade, diante do senso-comum frequentemente reforçado por alguns especialistas, concepções pré-estabelecidas e desprovidas de embasamento científico lançavam, cada vez mais, às margens, os indivíduos acometidos pela síndrome e suas famílias.

[...] O pior é que o medo sentido pela população era reforçado pelos profissionais de saúde que se recusavam a cuidar de pessoas vivendo com HIV/Aids e pelas instituições de saúde que se negavam a interná-los. Foi necessária Resolução (nº 1.359) em 1992 do Conselho Federal de Medicina (CFM) *sobre o dever dos médicos de atenderem pessoas em risco ou infectadas pelo HIV/Aids*, a qual foi sucedida por outra mais completa, a Resolução 1.665/2003 que incluiu a proibição aos médicos de solicitar compulsoriamente exames sorológicos para o HIV (GRECO, 2016, p.1554, grifos do autor).

Reagindo a esses movimentos conservadores que se estabeleciam tanto em seus campos originários como na sociedade em geral, atores com perfil mais progressista (tais como, ativistas do movimento homossexual, cientistas das mais diversas áreas, profissionais de saúde e da imprensa não especializada na área da saúde) passaram a interagir entre si, constituindo um novo campo, a partir do qual compartilhavam sentidos e saberes acerca da epidemia que emergia no País.

4.5 Os principais atores em interlocução no campo do HIV/Aids no Brasil

Diante da ampliação de agendas políticas (*policy*) e da possibilidade de renovação da vida política (*politics*), fenômeno surgente no contexto do processo de redemocratização do País e das discussões em torno da reforma sanitária, entre o final da década de 1970 e o início de 1980, diferentes grupos urbanos e sociais começam a se organizar (PEREIRA; NICHATA, 2011; KADRI; SCHWEICKARDT, 2015)

Esses atores, no que concerne ao enfrentamento à epidemia de HIV/Aids e à composição desse setor no Brasil, podem ser divididos em três grandes grupos: sociedade civil, atores estatais e organismos internacionais. Não obstante reconhecermos a importância do debate em torno desse tema, não pretendemos, nesse momento, aprofundar a discussão em torno de cada um desses grupos, porém, consideramos importante, para a discussão que aqui será empreendida, que eles sejam minimamente apresentados. Razão pela qual nos deteremos em alguns dos principais atores individuais e coletivos que compõem cada um desses grupos. Desse modo, focaremos sobre as ONGs/Aids (sociedade civil), as unidades federativas que primeiro responderam à epidemia de HIV e ao papel desempenhado pelo Banco Mundial (organismos internacionais) na política de enfrentamento à Aids no País.

4.6 A sociedade civil no enfrentamento à Aids

Os recursos tecnológicos da medicina, as descobertas científicas a curto prazo (se comparadas com a história da tuberculose ou da sífilis, por exemplo), a expressão dos grupos organizados na defesa dos interesses das pessoas atingidas e o fato de estes grupos intervirem no andamento das pesquisas médicas geram a reorganização do trabalho, da pesquisa e do ativismo, construindo o campo própria à epidemia (SILVA, 1998, p.131).

Sob influência dos grupos de homossexuais que se organizaram nos Estados Unidos com o objetivo de enfrentar a crescente discriminação associada à

epidêmica de HIV/Aids, surgem, em meados da década de 1980, grupos identitários brasileiros com objetivos semelhantes a de seus predecessores. Parte desses grupos nasceu da vinculação entre militantes políticos (estudantes, artistas, políticos, etc.) que haviam sido expatriados durante a Ditadura Civil-Militar brasileira e que entraram em contato com esse ideário ao longo de seu período no exílio. Esses atores, inspirados em referenciais norteamericanos, trouxeram para o País um modelo de movimento social que previa a interação entre diversos movimentos identitários (negro, feminista e homossexual) e “desenvolviam um potencial de resistência cultural dirigido às questões de direitos sociais modernos: igualdade e liberdade quanto à raça, ao gênero e ao sexo” (PEREIRA; NICHATA, 2012, p.3251).

As primeiras ações não-governamentais no âmbito do enfrentamento à Aids no Brasil nascem com dois objetivos principais: **i)** “abalar o imobilismo burocrático” (SILVA, 1998, 131) pela pressão de grupos organizados, e **ii)** atuar junto aos seus pares no que diz respeito às ações preventivas, assistenciais e voltadas à defesa de direitos (PEREIRA; NICHATA, 2011; KADRI; SCHWEICKARDT, 2015). Esses atores, muitos dos quais sem histórico de militância, fizeram da epidemia uma agenda política e, juntos, passaram a delimitar o que seria o campo do HIV/Aids no País.

Não obstante o forte negacionismo existente quando da emergência do HIV no Brasil, fenômeno esse destacado por Galvão (1997) ao mencionar os discursos defensivos dirigidos às “forças conservadoras da sociedade” (GALVÃO, 1997, p.71), é importante ressaltar que já em 1983, grupos homossexuais paulistas (como Outra Coisa e Somos) e o Grupo Gay da Bahia (GGB), estavam articulados em torno da epidemia. Esses grupos atuavam distribuindo folhetos com informações acerca da síndrome, bem como sobre as formas de prevenção (TERTO JÚNIOR, 1995; GALVÃO, 1997). Apenas em 1985 é que esse trabalho direcionado à prevenção entre pares ganhou dimensão nacional (GALVÃO, 1997), isso porque, segundo Daniel (1989), a partir desse ano já não se pôde mais ignorar a epidemia no País, dada a incidência da doença.

O ano de 1985 também marca, no Brasil, o início, ou a consolidação, da apropriação da doença por diversos setores sociais, instituições e indivíduos: órgãos da administração da saúde pública, diferentes tradições religiosas, pessoas com HIV e Aids. Um dos espaços esta tendência pode ser observada é na mídia, mais especificamente em jornais e revistas. A Aids começa a ser apropriada e a gerar campos de disputa: conhecimento

médico-científico, análises socioeconômicas, pesquisas comportamentais, reflexões bíblico-pastorais, etc. (GALVÃO,1992 apud GALVÃO, 1997, p.72).

Especificamente sobre o papel da mídia, é importante destacar, como já foi mencionado anteriormente, que a Aids ficou conhecida no Brasil antes que os primeiros casos fossem oficialmente identificados, dando início a um fenômeno denominado por Carrara e Moraes (1985 apud GALVÃO 2000) como “mal de folhetim”. Se, por um lado, a mídia foi uma das principais responsáveis pela construção social da doença no País ao trazer ao grande público termos como “câncer gay”, “peste gay”, entre outros nomes que ligariam a doença à comunidade homossexual, por outro, conforme Galvão (2000), é imprescindível destacar o segmento midiático como responsável pela formulação de um tipo de resposta à epidemia.

Galvão (2000) chama atenção para o papel da mídia na divulgação de casos de Aids em um momento em que não contávamos com a legislação indicando a necessidade de notificar compulsoriamente os casos que chegassem aos serviços médicos¹⁰⁹:

Ao longo dos anos, o número de casos de Aids vai sendo alterado, porque, nas análises retroativas, em, por exemplo, atestados de óbito, mortes que não foram classificadas como Aids passam a receber essa classificação. Isso significa, por exemplo, que o número de casos de Aids atribuídos à década de 80, principalmente nos anos iniciais, não reflete o real peso da epidemia na sociedade brasileira naquele momento, já que o número de casos apresentados nos boletins mais recentes não era conhecido nem pela opinião pública de uma maneira geral nem por aqueles que, de diferentes maneiras, estavam se mobilizando para oferecer respostas àquela nova doença (GALVÃO, 2000, p.49-50).

Por tal razão, a autora destaca o papel da mídia como sendo fundamental nos anos iniciais da epidemia, uma vez que esse segmento foi responsável por oferecer informação, em escala nacional, em um período em que não contávamos com casos de Aids oficialmente notificados e conhecidos.

Para Galvão (1997, p.72), esse campo específico – o das respostas não-governamentais-, composto por atores coletivos, tais como, grupos religiosos,

¹⁰⁹ A notificação dos casos de Aids passou a ser compulsória em 1986 (GALVÃO, 2000).

universidades, ONGs/Aids, grupos identitários¹¹⁰, deram “voz e corpo às preocupações emergentes de setores da sociedade civil”. Esse processo não foi fundamental apenas para articular um discurso contra-hegemônico frente à epidemia, mas, igualmente, oportunizou que os ativistas produzissem uma “‘tradução’ da linguagem médica com o intuito de democratizar as informações, mas também de incentivar o cuidado de si” (SILVA, 1998, p.131), alterando, com isso a relação médico-paciente (BROQUA, 1993; SILVA, 1998).

De acordo com Broqua (1993), a epidemia de HIV/Aids gerou um fenômeno que tornou a dependência do mundo médico relativizada, ao mesmo tempo em que a complexidade em torno da síndrome atualizava “os sistemas peritos, levando os indivíduos a depositarem confiança nos *experts* no assunto” (GIDDENS, 1991 *apud* SILVA, 1998, p.131).

Não pretendemos, aqui, esgotar o tema acerca do complexo campo composto pelas organizações da sociedade civil responsáveis pelas ações de enfrentamento à epidemia de HIV/Aids no Brasil. Ao contrário, nos interessa caracterizar, em termos básicos, o esforço e o trabalho desenvolvido por esses atores a fim de demonstrar o seu papel no controle da epidemia.

Desse modo, entre as centenas de ONGs/Aids brasileiras, consideramos importante registrar a criação do Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA), em SP, no ano de 1985, replicados, posteriormente, em vários estados brasileiros¹¹¹. A Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), que surge em 1986, com uma proposta interdisciplinar e “talvez seja a ONG/Aids mais próxima do modelo das ONGs que trabalham com outras temáticas, até pelo fato de um de seus fundadores e presidentes, Herbert de Souza, ter sido o mentor do Ibase – Instituto Brasileiro de Análises Socioeconômicas” (SILVA, 1998, p.135).

A ABIA se propunha a tematizar a Aids no contexto maior das políticas públicas, na perspectiva da multidisciplinaridade, sustentando a ideia de que a exclusão e a vulnerabilidade sociais eram facilitadores e potencializadores da infecção pelo HIV e situando a prevenção e assistência numa visão estratégica da democracia (PEDROSA; DIAS, 1997, p.3 *apud* SILVA, 1998, p.134).

¹¹⁰ Aqui, por vezes, referenciados como sociedade civil organizada em oposição à sociedade civil, que é o termo mais amplo.

¹¹¹ De acordo com Galvão (1997), no ano de 1997 havia 18 GAPAs em diferentes regiões do País.

Em 1986, no Instituto Superior de Estudos da Religião (ISER), foi criado o Apoio Religioso frente à Aids. Foi também no ISER que, posteriormente, abrigou-se um grupo voltado aos trabalhadores e trabalhadoras do sexo e que se viabilizou a criação da Associação de Travestis e Liberados (Astral), em 1991. No ano de 1989, fora criado o Grupo Pela Vidda, no Rio de Janeiro, que, assim como o GAPA, incentivou a criação de outros grupos pelo País (SILVA, 1998).

De acordo com Silva (1998), especialmente em São Paulo, surgiu outro tipo de grupo em decorrência da epidemia – as chamadas “casas de apoio”. Esses espaços eram destinados às pessoas com Aids que não possuíam família ou que haviam sido por elas abandonadas em decorrência de sua sorologia para o HIV. Pedrosa e Dias (1997 apud SILVA, 1998), chamam a atenção para o fato de que a Casa de Apoio Brenda Lee, criada em atenção às travestis, foi a primeira iniciativa desse tipo na América Latina.

4.7 Os atores estatais e seu papel no enfrentamento à epidemia de HIV/Aids

Quando emergiu no Brasil, a Aids primeiro atingiu as regiões Sudeste, Sul, Nordeste para, em seguida, alcançar as regiões Centro-Oeste e Norte (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a). Nesse sentido, os autores Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a) identificaram três modelos norteadores das primeiras ações para o controle da Aids no Brasil (sobre os quais iremos nos aprofundar no próximo capítulo): **i)** aquele baseado nas políticas de saúde pública (como, por exemplo, as ações desenvolvidas pelas Secretarias de Saúde de São Paulo e do Rio Grande do Sul), **ii)** aquele fundado sobre o atendimento em hospitais universitários (como ocorrera no Rio de Janeiro e em Minas Gerais) e, **iii)** aquele organizado em torno da assistência hospitalar (fenômeno identificado em vários estados do País). Dadas as características das primeiras respostas estatais à epidemia, os atores nesse campo são diversos: técnicos, gestores, políticos, profissionais da saúde, investigadores vinculados a universidades e centros de pesquisa, etc.. Esses atores, bem como o

papel por eles desempenhado no enfrentamento à epidemia no País, serão tema do próximo capítulo.

4.8 O Banco Mundial e seu papel como financiador das políticas de saúde

Em algumas ocasiões as pessoas desconhecem que o Banco é um dos maiores provedores de ajuda internacional para os países em desenvolvimento em áreas como educação, nutrição e saúde. O Banco é também a maior fonte isolada de financiamento externo para a prevenção e o controle da Aids no mundo em desenvolvimento (SVEN SANDSTRÖN¹¹², 1994 *apud* MATTOS *et al.*, 2001, p.7).

Até meados da década de 1980¹¹³ o Banco Mundial não financiava diretamente projetos direcionados à saúde, no entanto, ao identificar que alguns dos projetos apoiados incluíam serviços de saúde entre as ações previstas no plano de trabalho e que essas haviam impactado positivamente o setor através do aporte financeiro proveniente do Banco, publicou um relatório tratando especificamente sobre o tema em outubro de 1974.

“Salud: documento de política sectorial” (BANCO MUNDIAL, 1974) é o documento por meio do qual o BM procurou avaliar a situação dos países periféricos que se encontravam sob sua dependência financeira, examinando o impacto da pobreza sobre os problemas de saúde e desses sobre o desenvolvimento econômico, e oferecendo, por fim, sugestões de reforma administrativa, política e econômica.

[...] A recomendação era a de que os projetos voltados para infraestrutura, energia ou agricultura, financiados pelo BM, levassem em conta os seus efeitos deletérios para a saúde das populações próximas aos projetos em execução, como expresso no primeiro documento específico sobre a área. [...] Nesse documento, o BM rejeitava a alternativa de financiar projetos básicos na área de saúde, optando por um “progresso contínuo no aumento dos benefícios em matéria de saúde conforme as pautas atuais de financiamento” (BANCO MUNDIAL, 1974 *apud* RIZZOTTO, 2000, p. 116). Dessa forma, de início, sugeria somente a agregação de “componentes de saúde” aos projetos e passava a fazer empréstimos na

¹¹² Diretor administrativo do Banco Mundial em 1994 (MATTOS *et al.*, 2001).

¹¹³ De acordo com Misoczky (2003), o Banco Mundial passou a realizar empréstimos para o financiamento de projetos nas áreas de população em 1970; na área de nutrição, em 1976 e, na área de saúde, em 1981.

área de planejamento familiar (BROWN *et al.*, 2006). Apenas eventualmente prestava apoio a projetos específicos de controle de doenças, principalmente nas áreas dos projetos dirigidos à população em idade de trabalhar e/ou que limitassem o uso de terras férteis (LIMA, 2015, p.235).

De acordo com Rizzotto (2000) e com Lima (2015), diante do agravamento das condições de vida da população mundial, a partir da década de 1970, as preocupações dos dirigentes do BM mudaram. O Banco encontrava-se, à época, sob gestão de McNamara, e suas ações giravam em torno de dois grandes eixos: “apaziguar os pobres por meio da satisfação das ‘necessidades humanas básicas’ e controlar a sua expansão sob a retórica do ‘combate à pobreza’” (LIMA, 2015, p.235). Essas eram condições consideradas fundamentais para o bem-estar e a equidade das populações e estariam, conforme afirma Lima (2015), presentes nos relatórios, documentos técnicos e pronunciamentos públicos dos dirigentes da instituição.

Em meados da década de 1980, o BM assumiu uma maior articulação com o Fundo Monetário Internacional (FMI), com o objetivo de “coordenar e supervisionar as políticas macroeconômicas dos países-membros, principalmente daqueles que recorriam ao fundo, mas também como forma de submeter o financiamento de projetos nas áreas de educação e saúde a novas condicionalidades” (LIMA, 2015, p.235-236). Momento a partir do qual o financiamento de projetos passou a ser associado a um pacote de ajuste fiscal e reforma estrutural (MATTOS, 2000; MATTOS *et al.*, 2001; RIZZOTTO, 2000; HARMAN, 2010; LIMA, 2015).

A liderança no desenvolvimento global da agenda internacional para as políticas de saúde, apoiando projetos que pudessem servir aos seus interesses instrumentais na missão de ajuste estrutural, apelando para o fortalecimento do mercado para financiar e oferecer cuidado à saúde. [...] A nova pauta para as políticas públicas em saúde vai implicar em um conjunto de escolhas dentro da lógica de custo-efetividade, na perspectiva da racionalização da oferta (COSTA, 1998, p.128-129).

Foi em 1987, com o documento “Financiando os serviços de saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para a reforma” (BANCO MUNDIAL, 1987), que o Banco Mundial publicizou a agenda de reformas propostas pela instituição para o setor da saúde. Na medida em que o BM se encontrava em consonância com a política neoliberal assumida pelas instituições financeiras nos anos 80, os documentos por ele produzidos passaram a refletir os questionamentos

acerca da capacidade de intervenção do Estado sobre a operacionalização dos serviços de saúde (CORREIA, 2007).

Essas orientações divergiam daquelas oferecidas pela OMS e OPAS (sua representação para os países da América, principalmente os da América Latina), que até os anos finais da década de 1980 eram consideradas referências internacionais no campo da saúde. De acordo com Misoczky (2003), diferentemente do BM, a OMS “defendia a estratégia de atenção primária em saúde, com caráter de universalidade, na qual os governos tinham centralidade como financiadores e também como executores” (MISOCZKY, 2003, p.78)

Em 1993 o BM publicou um de seus Relatórios do Desenvolvimento Mundial, dedicado ao tema da saúde. O Relatório cujo subtítulo é “Investindo em saúde”, não reconhece apenas a importância do setor para o Banco, mas, também, aponta para o HIV/Aids como um importante desafio a ser enfrentado pelos países periféricos, razão pela qual a instituição se colocou como um parceiro, sobretudo no que concerne ao aporte financeiro destinado às ações de controle à epidemia (BANCO MUNDIAL, 1993).

Rizzotto (2000), ao analisar as possíveis razões que motivaram o interesse do BM pelo setor da saúde, elenca algumas hipóteses. Para a autora, há que se considerar, em primeiro lugar, o contexto em que ocorre um revigoramento do liberalismo, visto que se justificariam as críticas ao papel do Estado na condução e intervenção nas políticas públicas; um segundo aspecto a ser ponderado, de acordo com a autora, foi a necessidade de a instituição financeira fomentar uma imagem mais empática diante do aumento da pobreza e da desigualdade social que avançavam nos países periféricos dependentes dos aportes financeiros do Banco (consequências diretas do ajuste estrutural). No entanto, Rizzotto salienta uma terceira razão:

Se constituir em um importante mercado a ser explorado pelo capital. Estatísticas revelam que, no mundo, consome-se com serviços de saúde em torno de US\$ 1,7 trilhão (dados de 1990), ou seja, 8% do produto total mundial, em uma faixa que vai de 4% do PIB nos países em ‘desenvolvimento’ a 12% do PIB nos países desenvolvidos de alta renda, significando um mercado nada desprezível para o investimento do capital e sua valorização (RIZZOTTO, 2000, p.119-120).

Sejam quais forem os interesses que subjazem à inclinação do BM ao setor da saúde, tudo indica que a afirmação de Sven Sandström de que o Banco é um dos

“maiores provedores de ajuda internacional para os países periféricos em áreas como educação, nutrição e saúde”, longe de retratar o período em que a instituição financeira estava sob sua administração, parece ser, conforme veremos, constantemente atualizada.

4.9 O Banco Mundial e o financiamento de projetos de controle da epidemia de HIV/ Aids

No que diz respeito especificamente ao campo do HIV/Aids, em uma breve análise realizada no banco de projetos disponibilizado no site da instituição, identificamos 180 projetos direcionados à epidemia em todo mundo, até 2020. Os projetos estavam assim distribuídos: ativos (7), concluídos (164), desistências (8), em processamento (1). A título de análise, recorreremos apenas aos concluídos e aos ativos, de modo que os 171 projetos somaram U\$ 7 bilhões e 856 milhões (SCHABBACH; EGER, 2021).

A análise realizada por Schabbach e Eger (2021, p.24-25) aponta, ainda, que, há uma maior concentração de projetos financiados na África Subsaariana (108 projetos, 63%, e U\$ 4 bilhões e 162 milhões, 53% do montante dos recursos), seguida da Ásia (27 projetos, 16%, e U\$ 2 bilhões e 142 milhões, 27%) e da América Latina e Caribe (23 projetos, 13% e U\$ 1 bilhão e 220 milhões, 16%). De outro lado, as regiões com menor participação foram a Europa e a Ásia Central (07 projetos), Oriente Médio e Norte da África (02 projetos). Há, também, quatro projetos mundiais que se referem a investimentos destinados à fabricação de vacinas contra o HIV.

Por fim, as autoras (SCHABBACH; EGER, 2021) destacam que, embora o continente africano possua uma maior quantidade de projetos financiados pelo Banco Mundial, o valor médio de cada um (U\$ 37,80 milhões) é inferior aos da Ásia (U\$ 79,35 milhões), América Latina e Caribe (U\$ 53,05 milhão) e Europa e Ásia Central (40,82 milhões).

É relevante salientar que, não obstante o aporte financeiro, direto e indireto, à política de enfrentamento à epidemia de HIV/Aids em diversos países do mundo, durante muito tempo o Banco Mundial mostrou-se bastante resistente em financiar

ações e programas destinados ao combate à síndrome (BEYER *et al.*, 2005), haja vista que esse não era compreendido como um “investimento produtivo” (BARROS, 2013, p.140). De acordo com Barros (2013), nesse período, meados da década de 1980, o apoio do Banco a projetos que contemplavam ações destinadas ao controle da doença se limitava ao Zaire (1989) e à Índia (1991).

Essa realidade sofreria alterações ao longo do tempo. O Banco passaria a financiar ações de controle à epidemia e, em 1997, publicaria o documento “Fazer frente a Aids: as prioridades da ação pública perante uma epidemia mundial” (BANCO MUNDIAL, 1997a), no qual elencaria a Aids entre os aspectos fundamentais a serem considerados no campo do desenvolvimento.

Na medida em que a Aids deixa de ser um problema apenas de saúde e se torna, aos olhos do Banco Mundial, um “problema fundamental do desenvolvimento”, a instituição passa a aportar valores mais robustos aos países com quem celebra parceria e, na mesma medida, passa a ofertar “ideias sobre quais seriam as políticas públicas mais adequadas para o controle da epidemia” (MATTOS *et al.*, 2001, p.8).

Especificamente no caso brasileiro, apesar de o Banco enfatizar a multidimensionalidade e o caráter econômico relacionado à epidemia, a Aids foi, ao longo de todos os projetos, tratada no âmbito da saúde. Segundo Mattos *et al.* (2003), contudo, é imprescindível retomar a estratégia do Banco para o setor da saúde no Brasil:

i) Oferecer empréstimos para expandir o acesso aos serviços básicos nas áreas mais pobres; ii) oferecer conselhos e realizar estudos para aumentar a eficiência e eficácia do sistema de saúde; iii) oferecer recursos para controle de certas doenças transmissíveis (BANCO MUNDIAL, 1998, p.1 *apud* MATTOS *et al.*, 2001, p.8).

As ideias relativas à governança, como podemos observar, sempre estiveram presentes nos acordos, mas, no caso brasileiro, também nos embates entre o governo e a instituição financeira. Isso fica mais evidente quando analisamos os projetos direcionados ao controle da epidemia de Aids (assunto que será mais explorado nos capítulos seguintes).

4.10 Considerações Parciais

Na TCAE (FLIGSTEIN, McADAM, 2012) os campos, apesar de serem considerados relativamente autônomos, constituem, entre si, uma importante rede de relações de interdependência. Essas relações são fomentadas, entre outras coisas, pela presença de atores que cumprem a tarefa de mobilizar a outrem no intuito não apenas de construir, mas, também, de reproduzir ou transformar ordens sociais.

No campo do HIV/Aids no Brasil, encontram-se, entre os principais atores, aqueles vinculados aos campos da sociedade civil, do Estado (em seus muitos níveis) e dos organismos internacionais. Alguns desses atores se sobressaíram no processo de construção do campo da Aids no País – como é o caso daqueles provenientes da sociedade civil -, enquanto outros, como os organismos internacionais, foram mais atuantes quando o campo já estava em vias de consolidação. Compreender o papel de cada um desses atores é fundamental para apreender, não apenas o contexto mais amplo em que a arena em análise está inserida, como, também, para captar as nuances que subjazem à sua conformação.

A Aids emerge no Brasil no contexto da redemocratização e esse, seja pela introdução de novos atores políticos ou mesmo de novas agendas, é um dos principais elementos conjunturais que moldam as características do campo em emergência. O retorno dos exilados políticos, a pauta em torno da necessidade de implementação de políticas sociais – principalmente na área da saúde -, e a forte mobilização gerada em torno dessa agenda, encontraram na epidemia surgente um ponto de inflexão, pois que a partir dela tornou-se possível conduzir uma ação coletiva a partir de preceitos antes em discussão (como aqueles relacionados à reforma sanitária, por exemplo).

Especificamente quanto aos atores (re)inseridos no cenário político brasileiro a partir do processo de reabertura democrática, é importante ressaltar o papel desempenhado por aqueles que, uma vez exilados do País, entraram em contato com os movimentos sociais identitários surgentes em meados da década de 1970, bem como o modelo de ação via organização não governamental, financiado em

grande medida pelas agências ligadas à ONU. É relevante, sobretudo, apontar para as estratégias diversas adotadas entre eles e aqueles que lhes inspiraram e para as consequências dessas escolhas para a formação do campo da Aids no Brasil.

Quando o HIV/Aids finalmente emerge na década de 1980 nasce com ele uma série de ações direcionadas à enfrentar as consequências mais diretas da epidemia (preconceito, falta de informação acerca da doença, ausência de tratamento digno aos doentes, etc.). Entre os movimentos que inspiraram a ação organizada em outros países estão aqueles que surgiram nos EUA, tais como o grupo *Gay Men's Health Crisis*, considerado um pioneiro, e o *Aids Coalition to Unleash Power (ACT UP)* – ambos fundados pelo escritor Larry Krumer (PEREIRA; NICHATA, 2011). O ACT UP, em especial, tornou-se conhecido pelo modelo de mobilização considerado radical:

[...] grupo que desafiou os discursos dominantes construídos pelo governo e pelas autoridades científicas contra a estigmatização *gay* e que se notabilizou pela radicalidade conferida às suas manifestações. Os membros do grupo invadiam convenções médicas; exigiam a democratização das informações, utilizavam dispositivos legais como a Lei de Liberdade de Informação para obter acesso à documentação referente a testes de novos medicamentos; promoviam manifestações em locais públicos e denunciavam com cartazes e passeatas empresas com posições “Aidsfóbicas” ou “homofóbicas”. Entre as mobilizações marcantes do ACT UP, destaca-se a intervenção dos membros nos estúdios das emissoras de televisão CBS e PBS no período da Guerra do Golfo, em 1991, manifestando-se durante os telejornais do horário nobre posição contra a guerra aos árabes e a favor da luta contra a Aids (PEREIRA; NICHATA, 2011, p.3251).

No Brasil, mesmo contando com manifestações e pressão política, a estratégia utilizada pelos atores foi inversa àquela adotada nos EUA. Aqui, no intuito de induzir a cooperação dos atores vinculados aos campos estatais e da saúde, os movimentos de enfrentamento à Aids se aproximaram do discurso médico e político-estatal e procuraram, através dessa aproximação, gerar solidariedade à pauta que traziam consigo. No que diz respeito a atuação desses atores, tanto aquelas empreendidas pelos movimentos norteamericanos, quanto aquelas concretizadas no Brasil, podem ser inseridas no modelo de ação esperadas dos atores considerados hábeis (FLIGSTEIN; McADAM, 2012), vez que, conforme os autores, pode-se compilar os outros tanto através de coerção quanto através da mobilização de identidades comuns. Os papéis, da mesma forma, não são fixos e, conforme

procuraremos mostrar nos capítulos seguintes, variam conforme a configuração mais ampla em torno do campo e das relações estabelecidas entre arenas.

5 A EMERGÊNCIA DOS CAMPOS DO HIV/AIDS NO BRASIL (1980-1985): O PROTAGONISMO DAS ONGS E DOS GOVERNOS SUBNACIONAIS

De acordo com Fligstein e McAdam (2012, p.167, tradução nossa), antes de analisar um CAE os pesquisadores precisam “modelar cuidadosamente uma concepção do campo com base no conhecimento do caso em questão”, para depois distinguir os três “estados” já mencionados: emergência, estabilidade e crise. As diferenças entre fases, alertam os autores, podem não ser sempre nítidas aos analistas, vez que os campos podem permanecer incipientes por longos períodos de tempo, bem como variar quanto à sua organização.

Uma vez que nosso objetivo, neste capítulo, é abordar a emergência do campo do HIV/AIDS no Brasil, e partindo das definições de CAE examinadas no capítulo anterior, identificaremos os atores e as relações que caracterizaram o período de 1980-1985.

Tão importantes quanto aqueles atores que enfrentaram a epidemia desde a sua chegada ao País (conforme vimos no capítulo precedente) são aqueles que, por diversas razões, impuseram obstáculos a essa luta. Seja no campo midiático, com notícias escandalosas, chocantes, moralistas, sensacionalistas e pouco informativas (BARATA, 2006; LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a); seja no campo médico com suas abordagens alarmistas, suas denúncias sobre “a promiscuidade homossexual” e a suposta relação com a propagação da Aids e suas propostas repressivas contra a comunidade *gay* (PARKER *et al.*, 1994; GALVÃO, 2000; LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a); seja, ainda, dentro do próprio movimento homossexual, no qual alguns militantes acreditavam estar diante de uma doença falsa, inventada para moralizar suas práticas sexuais e liberdades individuais; dentro de cada um dessas arenas, um conjunto de atores encontravam-se em disputa por sentidos e significados em torno da nova e desconhecida epidemia.

O movimento homossexual, em especial, vinha sofrendo um grande desgaste há alguns anos, e se via diante de um “discurso duplo” em que, de um lado reconhecia “a doença [como sendo] nossa” e, do outro, interpretando a síndrome como sendo “contra nós” (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 20015a, p.50). De um lado, a doença sendo “contra nós”, dialogava com a noção de que pouco se

sabia efetivamente sobre a Aids, ainda que muito se falasse sobre ela e sua suposta relação com a comunidade *gay*, ademais para a maioria dos brasileiros, naqueles primeiros anos da década de 1980 “não era Aids, ainda era Sarcoma de Kaposi” e, nesse caso, não havia porque se preocupar com isso, afinal, era “doença de bicha burguesa” (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 20015a, p.43-44). Havia, portanto, a crença instaurada de que a doença denominada Aids não passava de uma invenção para calar uma comunidade que há pouco ganhara as ruas. Do outro lado, a ideia de doença como sendo “nossa” passava pela perspectiva de uma experiência particular, algo que afligia, inerentemente, a experiência daquele coletivo e deveria, por essa razão, ser enfrentada de forma organizada por ele. Foi diante desse argumento que parte do movimento homossexual brasileiro decidiu se unir aos profissionais de saúde com o objetivo de minar a onda moralista que surgia entre eles e, assim, participar, ativamente, da construção do discurso social da Aids. Dessa aproximação surgem as primeiras iniciativas de prevenção ao HIV e de cuidados àqueles que já viviam com Aids.

Por ocasião das informações em torno dos primeiros casos de Aids (e de sua rápida expansão) no exterior, militantes do movimento homossexual e intelectuais *gays* desvinculados de qualquer organização identitária, passaram a se reunir para ler as notícias que chegavam dos EUA e da Europa bem como para estudar, por conta própria, os poucos artigos médicos produzidos acerca do assunto. Preocupados, não demorou para que esses atores procurassem não apenas por profissionais de saúde, tentando compreender a extensão e nuances da nova e desconhecida doença como, também, representantes do Instituto de Saúde, órgão da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, reivindicando medidas contra a síndrome que se aproximava rapidamente do País (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.28).

Por estarem imbuídos da ideologia que norteou o movimento da reforma sanitária no âmbito nacional, os profissionais da Secretaria de Estado da Saúde responderam prontamente às primeiras inquietações de representantes da comunidade homossexual apresentadas à instituição. A atitude se pautou na ideia de que cabe ao Estado se responsabilizar e assegurar uma política de solidariedade e equidade, reconhecendo em cada paciente a sua condição de cidadão.

Diante da inércia do governo federal frente à infecção que se espalhava rapidamente pelo Brasil – letargia explicada, principalmente, pela relação direta que se fazia entre a doença e as práticas sexuais de um determinado grupo socioeconômico, o que, possivelmente, influenciava o não reconhecimento dos primeiros casos diagnosticados como o início de uma epidemia -, coube à sociedade civil se organizar, no âmbito dos municípios responsáveis pelos primeiros diagnósticos, para ofertar ações assistenciais às pessoas vivendo com HIV/Aids, e preventivas àqueles considerados mais expostos à infecção. Essas primeiras ações subsidiariam, anos depois, o debate em torno da configuração do modelo de governança a ser adotado pela política nacional de enfrentamento à epidemia (AYRES *et al.*, 2012).

Em 1983, ano em que ocorrera a reunião entre representantes da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e militantes do movimento *gay*, foi criado, como consequência desse encontro, o primeiro programa de Aids do País, o Programa de Aids do Estado de São Paulo. Teixeira (1997) relembra que as primeiras respostas, que antecederam a criação desse Programa estadual, vieram, contudo, sob a forma de constituição de um grupo de trabalho composto por técnicos de diferentes áreas da secretaria, além de um conjunto de 12 medidas, entre as quais é possível destacar: “o estabelecimento da notificação compulsória; a criação de um serviço de informação por telefone e a participação da comunidade” (GALVÃO, 2000, p.58).

A pouca institucionalização das zonas de enfrentamento à Aids, abriu espaço para distintas formas de organização e mobilização por parte de atores dispersos que perceberam no avanço da epidemia uma oportunidade para desenvolver novas interações e trazer à tona novas pautas. A sociedade civil organizada poderia ser compreendida, nesse contexto, como o ator, que nos termos de Fligstein (2007) e de Fligstein e McAdam (2012), constitui-se como socialmente hábil, porquanto responsável em estabelecer os parâmetros da ação e dar início à organização do campo em questão. É relevante, nesse contexto, destacar que, diferentemente do que aconteceu na França e nos EUA, ainda que a epidemia tenha vindo a público por intermédio da grande mídia, no Brasil, ela chegou às instâncias públicas de saúde pela atuação da comunidade homossexual e não o contrário (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a).

Assim, é válido lembrar que distintos campos travavam debates diversos no momento em que a epidemia de HIV/Aids surgiu no País: o Estado – em suas distintas esferas vivendo um momento de restabelecimento da democracia e todas as suas consequências, a sociedade civil tentando se reorganizar, as universidades, principalmente as áreas da saúde, tratando da pauta dos direitos sociais universais. Fora nesse contexto de múltiplas pautas, que lideranças dos movimentos intensificaram os debates e as relações em torno da pauta da Aids. A epidemia, diferentemente do que se poderia imaginar no início, não dizia respeito apenas a uma simples doença sexualmente transmissível e, portanto, tratável como uma. Mais do que isso, se configuraria como uma epidemia longa que atravessaria todos os campos da vida social.

Na ânsia por partilhar informações, buscar apoio e contar com o reconhecimento do poder público, através da implementação de uma resposta institucional, essas lideranças oriundas do movimento homossexual passaram a mobilizar atores de campos diversos tendo a “Aids” como tema central. Desses encontros, dessa interação contínua e frequente surgiria, para além dos conflitos e convergências inerentes a eles, a consciência coletiva em torno da relevância do tema posto, a partir de então elevado a um problema social de domínio público (MANNING, 2013) a exigir intervenção imediata, iniciando-se a demarcação dos contornos de um novo CAE.

No caso do HIV/Aids, o principal ponto de inflexão na epidemia brasileira era a constituição de políticas de enfrentamento à síndrome. Dessa forma, não obstante as divergências que os atores envolvidos pudessem ter em torno dos sentidos e significados da epidemia, em comum, apresentavam como solução para o problema surgente e politicamente construído: que o poder público atuasse ativamente para enfrentá-lo.

Assim ao considerar os elementos constituintes da história do HIV/Aids no Brasil à luz da TCAE (FLIGSTEIN; McADAM, 2012), compreendemos que a epidemia, foi constituída na década de 1980 como um fenômeno instigador e mobilizador de uma arena delimitada, que não apenas dispõe de regras (formais e informais) e recursos (humanos, financeiros e simbólicos), mas opera, também, como um vetor impulsionador de relações de cooperação e de disputa com outros

setores estabelecidos, apresentando-se, desta forma, como um campo em emergência entre os anos de 1980 a 1985 (Figura 6).

Figura 6: Campo emergente – Estrutura de coalizões políticas



Fonte: Elaboração própria à luz da TCAE (FLIGSTEIN; McADAM, 2012).

No momento inicial do CAE do HIV/Aids brasileiro, ele se encontrava capilarizado em vários campos subnacionais (as unidades federativas), estando à frente: São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Verificava-se uma intensa difusão de experiências entre os campos, e, dentro deles, a articulação entre três coalizões políticas – sociedade civil/ONGS, governos estaduais e distrital e universidades -, em uma dinâmica mais horizontal do que hierárquica (FLIGSTEIN; McADAM, 2012, p. 113).

5.1 Primeiras iniciativas governamentais na esfera subnacional¹¹⁴

Considerando os modelos governamentais de intervenção sobre a epidemia, bem como suas trajetórias institucionais, procuraremos demonstrar como se constituíram as estratégias de ação dos atores diretamente envolvidos no enfrentamento à Aids no âmbito subnacional. Ao direcionarmos nosso olhar sobre as disputas pelos recursos de poder, observamos que os atores, não obstante o fato de lograrem convergir entre si – no que diz respeito ao objeto de disputa que se encontra no interior do campo -, não são iguais, e interagem através de dinâmicas moldadas por distintos valores e normas (SANTOS, 2019), como é o caso da sociedade civil frente ao Estado, por exemplo.

A TCAE, conforme já mencionado, opera, basicamente, com dois grupos de atores principais em disputa no CAE: os titulares (incumbentes) e os desafiadores (challengers). Nessas arenas sociais limitadas, atores coletivos ou individuais interagem entre si baseados em um entendimento compartilhado sobre o propósito do campo e nas regras legítimas que o constituem.

Os incumbentes são bem posicionados e dispõem de mais e melhores recursos, com os quais conseguem influenciar mais fortemente outros atores no campo. Os desafiadores, por seu turno, exercem menor influência sobre a dinâmica interna nos campos e, com frequência, precisam se submeter à lógica de atuação dos primeiros para sobreviverem no campo em questão. Fligstein e McAdam (2012) consideram. Presentes desde o surgimento de um campo, as UGI, constituem-se em organizações ou associações mais próximas dos grupos dominantes. Prevalecendo em campos particularmente formalizados (SILVA, 2019), tais unidades reproduzem a estabilidade e a ordem cotidiana dos CAE (FLIGSTEIN; McADAM, 2012; MARGUERITES, 2018; 2019), a partir de cinco funções por elas desempenhadas:

¹¹⁴ São raras as publicações que têm por objetivo reconstituir a trajetória dos primeiros programas governamentais de controle da epidemia de HIV/Aids no Brasil. A obra, em dois volumes, de Laurindo-Teodorescu e Teixeira, publicada em 2015 é uma das poucas que, baseada em relatos, entrevistas e documentos conseguiu recompor a história institucional da Aids no País, razão pela qual ela é a nossa principal, senão única, referência em muitos momentos.

administração, informação, regulação, *enforcement*, certificação. Além disso, as UGI podem ser estatais ou não estatais, legais ou extralegis (FLIGSTEIN; McADAM, 2012).

Ademais, na medida em que os desafiadores possuem menos influência e menos recursos do que os dominantes para influenciar os caminhos do campo, eles tendem a se articular em torno de uma visão alternativa à dos incumbentes visando substituí-los. Em vista disso, as UGI “tenderiam a atuar na defesa dos incumbentes, na medida em que esses seriam os mais privilegiados com a reprodução do campo e, mais especificamente, com a reprodução de sua estrutura de posições” (SILVA, 2019, p.8). Tendo por base esses elementos, examinaremos os primeiros programas de enfrentamento ao HIV/Aids pelos governos estaduais do País, aqui considerados UGIs.

5.2 O enfrentamento à Aids em São Paulo e no Rio Grande do Sul

Tanto o estado de SP quanto o do RS implementaram políticas de enfrentamento à epidemia de HIV/Aids a partir das Secretarias Estaduais de Saúde. São Paulo, contudo, foi o primeiro estado brasileiro a responder programaticamente à síndrome.

No início de 1983, em resposta a um grupo de militantes pelos direitos dos homossexuais, técnicos¹¹⁵ da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SP) reuniram-se para propor um conjunto de ações e serviços que dessem início ao enfrentamento à epidemia. Nessa reunião decidiu-se, entre outras coisas, que a nova doença passaria a ser notificada¹¹⁶ compulsoriamente no território paulista e que caberia ao ambulatório de dermatologia sanitária atender os casos surgentes (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a).

¹¹⁵ Compunham esse grupo médicos sanitaristas, infectologistas, especialistas da área de laboratório e social (TEIXEIRA, 1997).

¹¹⁶ Segundo Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a), o instrumento adotado foi elaborado conforme o modelo utilizado pelos CDCs de Atlanta.

Na mesma ocasião, Paulo Roberto Teixeira, que havia assumido a direção da Divisão de Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde, comentou que o Serviço de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Seção de Elucidação Diagnóstica, daquela Divisão, dispunha de estrutura e recursos necessários para desempenhar a tarefa envolvendo a nova doença. A esse argumento, somou-se “um argumento técnico de peso: o grupo social afetado pela doença, os homossexuais, apresentava também altas taxas de doenças sexualmente transmissíveis, o que o tornava um usuário natural do serviço do Instituto de Saúde” (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.54). Diante do exposto em reunião, o secretário da saúde à época, João Yunes, acolheu as propostas e solicitou que os técnicos preparassem um plano de atuação que seria, mais tarde, submetido à avaliação de um grupo de médicos que começavam a direcionar seus esforços à Aids.

De acordo com Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a), apesar do pequeno número de casos de Aids conhecidos à época, o grupo de trabalho, diante do cenário de medo e do rápido avanço da doença, optou por apresentar uma proposta mais abrangente do que aquela que lhe havia sido solicitada, incluindo ações de vigilância epidemiológica, informação, assistência e apoio às pessoas afetadas pela síndrome. Em 25 de julho de 1983 a proposta foi aprovada pelo referido secretário estadual, circunstância na qual comunicou que caberia “à Secretaria de Estado da Saúde coordenar todas as atividades relacionadas à nova doença e investigar os casos notificados” (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.55). Nessa ocasião, o diretor Paulo Teixeira apresentou um documento com a proposta de um programa de controle do HIV/Aids, que elaborado pelo grupo de técnicos, previa as seguintes ações:

- 6 Designar a Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde para coordenar as atividades de diagnóstico, controle e orientação e tratamento dos casos de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIA)¹¹⁷;
- 7 Estabelecer como Centro para diagnóstico, controle e conduta dos casos de SIA a Seção de Elucidação Diagnóstica da Divisão de Hanseníase e

¹¹⁷ No início, considerando que a abreviatura, em português para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é SIDA, o grupo considerou que pessoas cujo nome fosse Aparecida pudessem ser motivo de piada e/ou discriminação, razão pela qual sugeriram alterar a para SIA. Em seguida, porém, o termo Aids tornou-se amplamente conhecido pelo grande público através da mídia, passando a ser adotado também pelos serviços médicos e ações de políticas públicas (TEIXEIRA, 1997).

- Dermatologia Sanitária, que já inclui em suas atividades o diagnóstico e tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis;
- 8 Com base na Lei 6959, estabelece Notificação Compulsória, pelos serviços e profissionais de saúde, com investigação epidemiológica, dos casos suspeitos e diagnosticados, uma vez que a SIA se constitui em agravo inusitado à saúde em nosso estado;
 - 9 Envio de Informe Técnico à classe médica e aos Serviços de Saúde;
 - 10 Distribuição do Informativo à população em geral, através dos serviços de saúde e, com o objetivo de atingir os grupos considerados de maior risco, contar com a participação de elementos desta comunidade;
 - 11 Instalação de uma linha telefônica na Seção de Elucidação Diagnóstica, para Informações e orientações ao público¹¹⁸;
 - 12 Divulgação das providências tomadas por esta Secretaria à imprensa em geral e à imprensa especializada, através da assessoria de imprensa da Secretaria de Saúde; (...)
 - 11) Definir o estabelecimento da secretaria que será responsável pela retaguarda hospitalar, através de entendimentos com o Senhor Coordenador da Coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria de Saúde¹¹⁹;
 - 12) Estudar a possibilidade de se estabelecer um convênio entre a Secretaria de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), visando um Estudo Colaborativo, através da troca de informações, material e intercâmbio de pessoal (TEIXEIRA, 1997, p.44-46, sic).

Essas propostas foram, segundo Teixeira (1997), aprovadas na íntegra e, posteriormente, postas em prática pela Secretaria Estadual de Saúde. Para o autor (TEIXEIRA, 1997, p.46), essas decisões, indiscutivelmente,

[...] constituem o primeiro marco político adotado pelo Estado brasileiro que viria a influenciar, decisivamente, a maioria das posições públicas assumidas pelo país, nos anos subsequentes. Na verdade, naquele momento, se construíram os referenciais éticos e políticos predominantes que viriam a caracterizar o discurso oficial brasileiro.

Nesse contexto, o governo de SP merece destaque por seu pioneirismo no que concerne aos referenciais teóricos, legais e políticos que subjazem às estratégias programáticas que seriam, nos anos seguintes, adotadas não apenas por outros estados brasileiros e pelo Ministério da Saúde do Brasil, mas também, por

¹¹⁸ Essa linha telefônica, divulgada como DISQUE-AIDS, foi sugestão de João Silvério Trevisan (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a), militante pelos direitos dos homossexuais, “nos moldes das *hot-lines* existentes, na época, em São Francisco (EUA), para fornecer informações sobre doenças sexualmente transmissíveis” (TEIXEIRA, 1997, p.46).

¹¹⁹ A instituição designada foi o Hospital Emílio Ribas (TEIXEIRA, 1997, p.46).

inspirar programas e ações de enfrentamento à epidemia de HIV/Aids em países vizinhos (Argentina, Uruguai e Bolívia).

No RS, os dois primeiros casos foram notificados em 30 de dezembro de 1983 (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA 2015a). O primeiro deles, proveniente do Hospital Vila Nova¹²⁰ em Porto Alegre e, o segundo, do Programa de Tuberculose.

Após a confirmação desses dois casos, seguindo o exemplo de São Paulo, cuja estrutura do Programa de Aids encontrava-se na Divisão de Dermatologia Sanitária da Secretaria estadual de Saúde de São Paulo, a Secretaria de Saúde do RS decidiu que a notificação, investigação e confirmação da nova doença ficariam a cargo da Divisão de Dermatologia Sanitária estadual. Essa Divisão, à época, era composta pelos programas de hanseníase e de doenças sexualmente transmissíveis.

Em 1983, o Serviço de Dermatologia Sanitária estava sob a direção de César Duílio Varejão Bernardi. O Programa de Hanseníase era coordenado pelo epidemiologista Jair Ferreira e o Programa de DST pelo dermatologista Antonio Carlos Gerbase. A Aids ficou a cargo de Antonio Carlos Gerbase, que se tornou o coordenador do novo programa, oficializado em 30 de dezembro de 1983. Contrariamente à Divisão de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Saúde de São Paulo, fortemente estruturada em torno da hanseníase, o Serviço de Dermatologia Sanitária do Rio Grande do Sul se destacava também pelo programa de controle de DST, com uma tradição que vinha dos anos 1930. Em 1976, esse programa havia passado por importantes reformulações e uma das decisões que marcaram o seu avanço, em relação a medidas higienistas ainda vigentes, foi a extinção dos exames obrigatórios para mulheres profissionais do sexo. Nesse processo, tinham sido criados os primeiros projetos de educação em DST, incluindo a produção de audiovisuais e um manual sobre a sua transmissão. Esse material, produzido para divulgação em escolas junto aos professores de educação secundária, foi o início de uma cooperação entre a Secretaria da Educação e a Secretaria de Saúde no estado (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p. 77-78).

Seguindo sua tradição no enfrentamento às doenças sexualmente transmissíveis, a equipe da Dermatologia Sanitária do Estado do RS rapidamente incorporou a Aids aos projetos de prevenção que já vinham sendo desenvolvidos no âmbito das ações vinculadas ao controle de outras ISTs.

¹²⁰ Anos depois o hospital passaria a oferecer uma enfermaria composta por 45 leitos permanentemente ocupados por pacientes de Aids, muitos em estado terminal, em sua maioria usuários ou ex-usuários de drogas injetáveis (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a).

Quando os primeiros casos de Aids foram identificados no estado sulista, o Programa de Aids paulista era o único programa destinado à doença em todo o País, razão pela qual o RS buscou apoio entre os técnicos de São Paulo para implementar um programa de enfrentamento à epidemia em terras gaúchas. Assim, em fevereiro de 1984, a Secretaria estadual de Saúde instalou um telefone que, nos moldes do Disque-Aids criado em São Paulo, serviria para informar o público sobre a síndrome (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a).

Embora em menor número, quando comparados com o estado de SP, os casos no RS avançavam rápido. Em 1984, outros três indivíduos foram notificados e, em 1985, o Programa gaúcho notificou o primeiro caso relacionado ao uso de drogas injetáveis.

Aos poucos o governo sul rio grandense foi montando uma rede de atendimento para atender as pessoas infectadas pelo HIV e vivendo com Aids. O primeiro ambulatório específico para a doença foi instalado no Sanatório Parthenon, onde foi-se formando uma equipe multidimensional com profissionais da saúde, psicólogos e outros profissionais capacitados para dar suporte aos pacientes.

Apesar de todo o esforço para atender as PVHA, não bastasse os limites impostos pela própria síndrome, era preciso ainda lidar com o preconceito em torno da doença. Esse por sua vez, não envolvia apenas a forma como o grande público lidava com as notícias publicadas pela mídia, mas, também, a maneira como alguns profissionais lidavam – ou evitavam lidar – com os pacientes soropositivos.

A equipe enfrentou tensões de duas naturezas – recorrentes nos relatos de todos os profissionais que atenderam casos de Aids em todo o Brasil –, no início da epidemia. A primeira se referia ao preconceito em relação ao doente e aos profissionais, por medo de contágio manifestado no seio da própria equipe hospitalar, como relata Cândida Neves. “Quando a gente começou, os próprios médicos tinham enorme preconceito. Eu enfrentei esse preconceito, a enfermeira não quis passar sonda no paciente, eu tive um paciente que teve uma apendicite aguda e saiu de cima da mesa, porque o cirurgião não quis operá-lo. Às vezes eu voltava para casa tão triste, às vezes desanimada e furiosa com os colegas” (Cândida Neves, 13 de janeiro de 2004). A segunda se refere ao sentimento de impotência pelo pouco que se podia fazer pelos doentes. Esses profissionais compensavam suas limitações com um grande investimento emocional e humano na relação com o paciente. “Eu acho que quem trabalha com Aids tem muita coisa a ver com paixão. Eu tive uma empatia total com os pacientes portadores do HIV. A única coisa que a gente dizia para os pacientes era assim: ‘vá pra casa, coma bem, não fume, não beba, não use drogas, faça sexo seguro e venha aqui a cada dois meses para a

gente fazer uma avaliação clínica...'. E a gente tratava só as infecções oportunistas, porque a gente não tinha nada para oferecer ainda" (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.78).

Nesse período, os únicos exames disponíveis para verificar a saúde dos infectados pelo HIV, eram os destinados a avaliar a imunidade – CD4 -, e, em parceria com o Programa de SP, o RS enviava as coletas (tanto os exames da rede pública quanto, posteriormente, os da rede privada) para que o Instituto Adolfo Lutz as analisasse.

De acordo com Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a), alguns hospitais públicos e universitários passaram a oferecer atendimento ambulatorial, assim como consultórios privados, ainda que não se caracterizassem como serviços específicos para Aids. Foi no final de 1985 que o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) abriu uma ala reservada à internação de pacientes com Aids (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a). O serviço oferecido pelo "Sexto Sul" (forma como ficaria conhecido, já que os 18 leitos destinados à síndrome ficavam na ala sul do sexto andar do hospital) seria reconhecido como um "serviço de elite" e passaria a receber pacientes "economicamente favorecidos" (Idem, 2015a, p.78).

A epidemia era escondida e os infectados de alto poder aquisitivo ficavam escondidos no 'Sexto Sul' do Hospital de Clínicas. "Sabia-se que eles existiam apenas quando do falecimento de alguém conhecido". A reputação do hospital se explicava, em parte, pelo fato de a doença, naquele primeiro momento, ser diagnosticada, geralmente, em pessoas de nível socioeconômico elevado (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.78).

Conforme a epidemia ia se expandindo para os bairros periféricos da capital, ela passou a atingir populações mais empobrecidas e, diante desse cenário, os hospitais localizados nessas regiões passaram a oferecer serviços ambulatoriais destinados ao controle da doença. Esse é, em parte, o caso do Hospital Nossa Senhora da Conceição, localizado na Zona Norte de Porto Alegre, que disponibilizou um serviço de infectologia a partir de 1985, embora só tenha registrado o primeiro caso de Aids no segundo semestre de 1986.

Segundo Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a), os primeiros serviços fora da capital foram criados ainda na década de 1980, um deles no Hospital da

Fundação Universidade de Rio Grande e, o outro, no Hospital da Universidade Federal de Santa Maria.

Foi também no RS que ocorreu, em abril de 1986, o I Congresso Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis e, “como um evento satélite, o I Encontro Latino-Americano de Aids” (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.78).

O encontro reuniu profissionais que trabalhavam com a doença, de diferentes estados da Federação e contou com a participação de conferencistas e debatedores de renome nacional e internacional. O evento deu projeção nacional à equipe do Programa de DST/Aids do Rio Grande do Sul, que passou a colaborar com o então incipiente Programa Nacional de Aids. Em outubro do mesmo ano de 1986, Antonio Carlos Gerbase, Jair Ferreira e Paulo Chaves organizaram o primeiro curso para Capacitação de Gerentes de Programas de Doenças Sexualmente Transmissíveis, reunindo muitos daqueles que viriam a se destacar na luta contra a doença no Brasil. O curso transcorreu em um ambiente descontraído e de cooperação entre os profissionais. Em pleno governo Sarney, cujo slogan era “tudo pelo social”, participantes e instrutores do curso, parodiando, adotaram o lema “tudo pelo sexual” (Jair Ferreira, março de 2005, por correio eletrônico) (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.78).

De acordo com os autores (Idem, 2015a), assim como ocorrera em outros estados brasileiros, a preocupação inicial era a transmissão sexual, principalmente, em virtude dos primeiros casos estarem ligados a homens que faziam sexo com outros homens (homossexuais e bissexuais masculinos). No entanto, não demorou para que o RS visse o número de casos entre UDI aumentar consideravelmente e, desse ponto em diante, entre homens heterossexuais e mulheres.

Ainda que o estado não tenha aderido, no início, a campanhas de prevenção e controle da epidemia entre os UDI, “os primeiros folhetos e audiovisuais sobre a doença já mencionavam o uso compartilhado de seringas e agulhas como modo de transmissão e alertavam para a necessidade de uso de material individual e descartável, ou corretamente desinfetado” (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.78-79).

Segundo Jair Ferreira, a primeira iniciativa de trabalho específico com usuários de drogas data de 1987 e partiu da Sucursal de Porto Alegre da Cruz Vermelha Internacional, sob a liderança do médico psiquiatra Luiz Paulo Paim Santos, especializado no tratamento de alcoolistas e de outros dependentes químicos. A Cruz Vermelha contava com ex-usuários voluntários para fazer palestras educativas sobre a dependência e como se proteger do HIV. O Programa de DST/Aids do Rio Grande do Sul se engajou na luta pelo controle da qualidade do sangue a partir de 1985. O

estado tinha tradição na fiscalização dos bancos de sangue desde 1977, quando foi instalado um sistema de informação envolvendo 81 bancos que dispunham de uma lista de doadores temporariamente impedidos de doar sangue. Sem nomear a causa do impedimento, eram incluídos na lista os portadores de sífilis e outras doenças transmissíveis pelo sangue. Os portadores do HIV foram incluídos na lista com a indicação de doadores impedidos permanentemente (Jair Ferreira, março de 2005, por correio eletrônico) (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.79).

Diante dessa discussão, cerca de dois anos depois dos primeiros testes para detecção do HIV serem disponibilizados comercialmente, em 1985, o governo do RS estabeleceu a obrigatoriedade do teste de HIV para todos os doadores de sangue.

Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a) chamam atenção para o fato de que nos cinco primeiros anos de epidemia não houve mobilização social específica em torno dela. Diferentemente do que ocorrera em SP, ao longo de meia década de atuação, o Programa de Aids do RS se organizou, consolidou-se e difundiu suas experiências sem contar com a participação da sociedade civil organizada. Esse cenário mudou em 1989, quando foi criado o Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (Gapa-RS), primeira instituição não governamental gaúcha destinada ao enfrentamento à epidemia de HIV/Aids (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a; 2015b).

Segundo Jair Ferreira, a ausência de referência a profissionais da área social e aos movimentos sociais se explica pelo fato de o número de casos de Aids, naqueles primeiros anos, ser pequeno e concentrado nas classes privilegiadas. De acordo com o médico, esses pacientes não necessitavam de apoio social, podendo dispor de assistência psicológica em consultórios particulares: “de 1983 até o final de 1988, o número de casos de Aids notificados no Rio Grande do Sul não atingiu 300 e a maioria deles era de classe alta ou média alta, que viajavam a turismo ou a negócios e iam ‘buscar’ o vírus em outros países ou no Rio de Janeiro e em São Paulo. A necessidade de assistência social era bem menor na época. O Gapa surgiu exatamente no momento em que começou a crescer o número de casos entre pessoas menos favorecidas” (Jair Ferreira, março de 2005, por correio eletrônico). É possível que o fato de o estado ter implantado medidas de proteção total ao paciente a fim de evitar discriminação tenha deixado pouco espaço para a ação das associações de defesa do doente. Todavia, o ingresso tardio das ONGs gaúchas na luta contra a doença pode ser explicado também pela inexistência de um movimento homossexual organizado naquela época. Ao contrário de São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia e Sergipe, onde o movimento homossexual dos anos 1970 e 1980 deu origem aos primeiros grupos de defesa do doente de Aids e de combate às discriminações das quais poderiam ser vítimas os homossexuais, em Porto Alegre foram necessários cinco anos de epidemia e o aumento significativo do número de casos para que surgisse o Gapa-RS (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.80).

Guardadas as diferenças no que concerne ao papel do movimento social na implantação e consolidação da política pública de enfrentamento à Aids, o Programa implementado no RS seguiu os rastros do Programa de SP. Baseando-se no modelo paulista de notificação, vigilância epidemiológica, difusão de informações, estrutura assistencial, ambulatorial e hospitalar (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a), o programa gaúcho tornava-se, também, referência para outros países.

O curso de Capacitação de Gerentes foi reproduzido no Panamá, em novembro de 1987, pela Organização Pan-americana da Saúde e pelo Ministério de Saúde do Panamá. Na ocasião, Antonio Carlos Gerbase, Jair Ferreira e Paulo Chaves utilizaram o mesmo material didático, traduzido para o espanhol, para capacitar profissionais locais. A partir daí, o material educativo produzido pelo estado para prevenção de DST/Aids seria difundido pelo Ministério da Saúde e utilizado como referência por outros programas estaduais, cuja estruturação começou a ocorrer em 1987 (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.81).

É importante acrescentar que o modelo implementado em SP e, seguido pelo RS, não foi adotado em todas as unidades federativas brasileiras. De todo modo, ambos os estados guardavam entre si similitudes que permitiram a aproximação dos gestores e das respectivas secretarias de saúde e, posteriormente, a adoção de um modelo semelhante de enfrentamento à epidemia. De acordo com Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a, p.79), tanto em SP quanto no RS, as citadas secretarias “tinham realizado reformas no sistema de saúde pública, e estas vieram a fortalecer serviços como os de Dermatologia Sanitária – onde se praticava o controle das DST, ao qual a Aids foi imediatamente incorporada”. Da mesma forma, esses Estados “dispunham de ambulatórios em condições de se iniciar o atendimento das pessoas com Aids, ou com suspeitas de estar com Aids, quando ainda não existiam serviços hospitalares e ambulatoriais específicos para a doença” (Idem, 2015a, p.79).

5.3O enfrentamento à Aids no Rio de Janeiro e em Minas Gerais

Diferentemente do que ocorrera em São Paulo e no Rio Grande do Sul, onde as Secretarias de Saúde organizaram programas com vistas a desenvolver ações de prevenção e controle da epidemia de HIV/Aids, o Rio de Janeiro privilegiou, no início, “o investimento no campo da investigação científica, clínica e laboratorial” (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.87).

De acordo com Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a, p.87), foi no início de 1983, “por ocasião do seu concurso de professor titular de Clínica Médica do Departamento de Medicina Geral da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio)”, que Carlos Alberto Morais de Sá passou a se interessar pela temática da Aids. Tendo o candidato discorrido sobre sua tese “relativa a métodos imunológicos no tratamento do câncer” (idem, 2015a, p.87), um dos membros da banca examinadora, José Rodrigues Coura, então vice-presidente de ensino e pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que havia retornado há pouco tempo de Nova York, onde a epidemia já se encontrava em ampla expansão, considerando que a síndrome se caracteriza por causar a imunodeficiência nos pacientes, sugeriu a Carlos de Sá que procurasse Bernardo Galvão (Fiocruz) a fim de que juntos pudessem estudar a nova doença.

A sugestão se dava, sobretudo, pelo fato de que o Departamento de Imunologia da Fiocruz recebia recursos da Organização Mundial da Saúde (OMS) “destinados à pesquisa em malária, chagas e paracoccidiodomicose [...] o que poderia facilitar a criação de um programa de investigação em Aids, envolvendo a Fiocruz e a Clínica B do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle” (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.88).

Assim, no início de 1983, o médico Carlos Alberto Morais de Sá, responsável pela 10ª Enfermaria do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, e o pesquisador Bernardo Galvão, chefe do Departamento de Imunologia da Fiocruz, passaram a trabalhar juntos em torno da síndrome. Para iniciar o projeto, porém, era necessário encontrar pessoas vivendo com Aids e nenhum dos dois pesquisadores sabia de nenhum caso diagnosticado no Rio de Janeiro.

Galvão vinha trabalhando em outros projetos e recebera recursos para pesquisar doenças endêmicas, mas diante de seu crescente interesse pela Aids, dos escassos recursos e do pouco apoio institucional que recebia para conduzir as pesquisas relacionadas à síndrome, passou a desviar parte dos reagentes de outras doenças infecciosas que estudava para analisar o sangue coletado dos voluntários. Associado à escassez de recursos estruturais e financeiros, o pesquisador enfrentava, ainda, a resistência de sua equipe, tendo em vista que era necessário lidar com sangue contaminado por uma doença ainda desconhecida.

Foi apenas em 1985 que a Fiocruz, sob a presidência de Sérgio Arouca, sanitarista da Escola Nacional de Saúde Pública, estruturaria um amplo programa de pesquisa direcionado ao HIV/Aids. Arouca concluiu que diante da alta taxa de mortalidade, a Aids deveria ser uma das prioridades da saúde pública (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a).

Sob um contexto distinto daquele apresentado por SP, os pesquisadores lançaram-se às ruas atrás de possíveis voluntários/pacientes e, tendo em conta o perfil epidemiológico que se desenhava nos EUA, bem como, no Brasil, em SP e no RS, buscavam pelo apoio da comunidade gay.

Entre 1983 e 1984, outros casos da doença começaram a surgir nos hospitais do Rio de Janeiro. Ficavam, no entanto, circunscritos ao meio médico como casos suspeitos, diante da dificuldade de confirmar o diagnóstico. A comunidade homossexual não expressava publicamente preocupação com a doença e, segundo Carlos Alberto Morais de Sá, foram os médicos, na busca de pacientes para a execução do projeto, que procuraram setores da comunidade homossexual. “O Galvão disse que precisávamos arrumar mais doentes, aí começa a nossa busca por doentes, a gente fez vários contatos com grupos homossexuais e foi difícil, foi de 83 até 84, atrás de doentes. Tinha um baile gay, Oscar Gay, que acontecia na Churrascaria Gaúcha, na Tijuca. Todo ano, um grupo se reunia para dar prêmio para os gays. Eu contatei o gerente da churrascaria e ele me apresentou a um dos responsáveis do grupo. Eu disse, resumidamente, que estávamos querendo ajudar os homossexuais porque estava vindo essa doença que ainda não estava descrita no país, e nós estávamos nos preparando e nos organizando junto com a Fiocruz para fazer exames laboratoriais para identificar as pessoas e tentar ajudá-las”. Esse é o primeiro registro de contato entre profissionais do setor de saúde e a comunidade homossexual, no Rio de Janeiro (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.90).

Dessa forma os pesquisadores conseguiram alguns voluntários com suspeita de estarem infectados pelo HIV para serem testados. Esses, contudo, apesar de apresentarem sinais de imunodeficiência, compatíveis com a Aids, não

apresentavam indícios de algumas importantes doenças oportunistas ligadas à síndrome e amplamente descritas na literatura internacional, tais como candidíase e sarcoma de Kaposi.

Nesse período, a exemplo do que ocorrera em SP, a indústria farmacêutica estava tentando introduzir o interferon (medicação comumente utilizada para tratar hepatite) no mercado brasileiro, e procurava por profissionais da saúde que tratassem “pacientes com Aids, propondo testar o medicamento em sarcoma de Kaposi” (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.90). A empresa não apenas forneceria a medicação como, também, um auxílio em dólar, por paciente selecionado para o estudo, mas os pesquisadores não aceitaram, dado que entre os anos de 1983 e 1984, de um total de 15 voluntários, apenas um apresentava esse tipo de câncer.

Ademais, os voluntários, além de apresentarem um quadro sintomático diferente daquele habitualmente descrito pela literatura, também não relatavam viagens ao exterior, conduta comum entre os primeiros doentes registrados em SP e no RS. Diante desse cenário, os pesquisadores encontravam-se extremamente receosos em apresentar os casos que tinham em mãos para “os meios de informação médica e para a imprensa¹²¹, porque o quadro clínico e o histórico social e sexual do paciente não correspondiam aos descritos nas publicações científicas” (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.90). A confirmação só era possível após o falecimento dos voluntários, por meio de autópsia.

Era imprescindível, portanto, testar os pacientes/voluntários para o vírus da Aids, no entanto, apesar do teste Elisa já ser utilizado por bancos de sangue privados (a partir de 1985), ele era “extremamente caro para o Brasil e na época existia uma grande resistência por parte dos governos estaduais e municipais, e mesmo do Ministério da Saúde, em reconhecer a importância da epidemia e adquirir o insumo” (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.93). O próprio ministro da saúde à época, Carlos Sant’Anna, “afirmava que a Aids era extremamente importante, mas não prioritária, diante de outros problemas de saúde que o país

¹²¹ Apesar de o RJ não contar com a notificação de casos oficiais de Aids ao longo dos primeiros anos, a mídia já os relatava desde 1983. Foi em 1984 que a imprensa carioca informou sobre o primeiro caso de Aids entre hemofílicos. Tratava-se do caso de um menino de 13 anos, internado há cerca de três meses no Hospital São Vicente.

enfrentava” (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.93), deixando claro que não haveria repasse de recursos destinados ao controle da síndrome.

Em 1985, no entanto, Bernardo Galvão recebeu das mãos da inglesa Peggy Pereira, como era conhecida a ex-chefe do Laboratório de Saúde Pública de Londres, e de seu marido, o virologista brasileiro Hélio Gelli Pereira, exilado na Inglaterra pela ditadura militar, células infectadas com HIV. A partir dessas células, a Fiocruz passou a “fabricar lâminas de imunofluorescência e implantar, ao mesmo tempo, a triagem da infecção nos bancos de sangue da rede pública do Rio e o diagnóstico sorológico nos laboratórios de Saúde Pública do estado” (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.92).

A informação de que a Fiocruz estava produzindo lâminas de imunofluorescência se espalhou rapidamente e a instituição passou a ser procurada por pessoas interessadas em se testar. Tornou-se também o serviço de referência sorológica para os hospitais que atendiam pacientes com suspeita de Aids. Esse período de grande demanda ao serviço de Bernardo Galvão durou um ano. Em 1987, com apoio financeiro do Programa Nacional de Aids, a Fiocruz aumentou a produção de lâminas de imunofluorescência e passou também a realizar o teste em soro enviado por diferentes unidades da Federação, conforme cotas estabelecidas pelo Programa Nacional. Progressivamente, técnicos de outros estados foram capacitados e os testes passaram a ser realizados em laboratórios estaduais, utilizando lâminas fornecidas pela Fiocruz. Ainda hoje são utilizadas essas lâminas de imunofluorescência para checar os resultados positivos obtidos pelo teste Elisa. Aqueles considerados indeterminados são checados com o teste Western Blot (Mirthes Ueda, 2 de junho de 2003) (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.93).

De acordo com Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a, p.93), as lâminas produzidas pela Fiocruz além de mais baratas, têm a mesma “reprodutibilidade, sensibilidade e especificidade do teste Western Blot”, razão pela qual a Fundação vinculada com o Ministério da Saúde passou a produzi-las e a distribuí-las para todos os bancos de sangue públicos do Brasil.

Por fim, no que concerne ao Programa Institucional de Aids da Fiocruz, o primeiro programa de Aids do estado do RJ, é importante acrescentar que, além da pesquisa e trabalhos de educação e prevenção, ele também previa assistência às PVHA e, diferentemente daqueles implementados em SP e no RS, não foi uma iniciativa das secretarias estaduais de saúde, mas de uma instituição federal de ensino e pesquisa (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a).

O ano de 1985 foi marcante na história da Aids não apenas pela disponibilização do teste Elisa e, no Brasil, das lâminas de imunofluorescência a partir das quais se pôde triar o sangue e seus derivados nos bancos de sangue de todo o País, mas, também, porque marcou a estruturação do GAPA-RJ em colaboração com a equipe multiprofissional do Hospital Gaffrée e Guinle e o início das discussões que levaram à implementação do programa estadual de controle da Aids no RJ. Para tanto, uma das representantes da Secretaria de Saúde estadual convocou uma reunião com todas as entidades que estavam envolvidas no enfrentamento e controle da epidemia naquela unidade federativa. Até aquele momento, nenhuma organização da sociedade civil havia se manifestado a respeito da síndrome ou solicitado aporte do poder público. Nessa reunião, além de elaborarem um projeto com vistas a arrecadar recursos para o combate à epidemia,

[...] Cláudio Amaral, responsável pelo Departamento de Epidemiologia da Secretaria de Estado da Saúde, organizou uma equipe para realizar visitas a saunas e bares durante a noite, com a intenção de fazer um trabalho educativo junto à população homossexual (Paulo Fatal, 24 de setembro de 2003 e Maria Leide Van Del Rey, 25 de maio de 2004). Uma reportagem na revista “Isto É” que mostra o médico na Galeria Alaska, conhecido ponto de frequência homossexual do Rio de Janeiro, chamou a atenção do psiquiatra Paulo Fatal, antigo ativista do grupo Somos – RJ e membro do então recém-criado grupo Triângulo Rosa. Junto com o médico Amilton Montenegro, também militante do Triângulo Rosa, procurou a Secretaria da Saúde e se ofereceu para atuar como voluntário, levando informações à comunidade gay e fazendo palestras sobre a doença e suas formas de prevenção. “Já acompanhava as notícias pelos jornais e quando percebi o esforço do coordenador de epidemiologia aqui no Rio, Cláudio Amaral, que veio em um ponto gay tentando dar informações, resolvi colaborar com ele” (Paulo Fatal, 24 de setembro de 2003) (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.100).

Com base em experiências anteriores, em que os médicos e pesquisadores não obtiveram sucesso ao tocar no tema sexualidade com membros da comunidade gay, inviabilizando uma aproximação que pudesse tornar a abordagem metodológica, terapêutica e preventiva mais eficaz, dessa vez optou-se por contar com a participação e colaboração dos chamados ‘pares’.

Em seguida, tiveram início reuniões noturnas de esclarecimento à população. Os encontros, em forma de palestras, eram organizados por Cláudio Amaral e se realizavam semanalmente na Secretaria de Estado da Saúde. Abertos ao público em geral, contavam com a participação de representantes da comunidade homossexual e de hemofílicos que começavam a se envolver na luta contra a epidemia. “Nós ajudávamos a

secretaria a redigir seus folhetos e nas palestras de segunda-feira, abertas ao público em geral, dividíamos com o Cláudio Amaral essas informações. Estávamos acostumados a fazer palestras sobre sexualidade, homossexualidade, então não era realmente difícil colaborar com Cláudio Amaral que era médico epidemiologista, um senhor que humildemente dizia: ‘você têm maior conhecimento sobre o assunto, você são quem sabem falar com o público sobre sexualidade’” (Paulo Fatal, 24 de setembro de 2003) (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.101).

Após uma troca de experiência com os técnicos da Secretaria de Saúde de SP, o governo do RJ optou por implementar um programa com características distintas do paulista, principalmente no que diz respeito ao papel desempenhado pela própria Secretaria. Associado a esse processo de definição de papéis, priorizou-se, a partir de reivindicação de Herbert de Souza, o Betinho, o controle e fiscalização sobre os bancos de sangue.

Em vez de identificar um serviço de referência, adotou uma estratégia baseada em parcerias com os cinco hospitais universitários existentes na cidade, os quais se tornaram polos de referência para a doença. Cabia à secretaria discutir os protocolos de assistência e de prevenção com esses hospitais e colaborar no desenvolvimento de uma política de formação de recursos humanos da rede pública. Os responsáveis pelas políticas públicas de Aids no estado julgavam que os hospitais universitários recebiam estudantes que nunca tinham visto doenças infecciosas como tuberculose, hanseníase e, muito menos, Aids, e que era preciso colocar os pacientes nessas instituições, transformando-as e resgatando o seu papel em ensino, pesquisa e assistência em saúde pública (Álvaro Matida, 24 de maio de 2004) (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.101-102).

Do ponto de vista da organização do programa, quando comparado com aquele que se tinha por modelo, já que foi o primeiro, o programa de São Paulo, observa-se que nesses primeiros anos os cariocas enfrentaram dificuldades em relação ao serviço de vigilância epidemiológica, o que fez com durante muito tempo registrassem um número de casos muito inferior àqueles que efetivamente apresentavam, e, do mesmo modo, devido à organização administrativa e política do estado, o programa não contava com a mesma autonomia de que dispunha o paulista (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a). O perfil dos profissionais que compunham o corpo técnico no RJ também fez com que o programa estadual carioca ganhasse contornos distintos:

[...] “Do ponto de vista da rede, São Paulo tem alguns personagens que têm um perfil sanitário e utilizaram esse perfil para lidar com a rede. Tem

a regionalização em São Paulo que é muito arraigada na coisa de que precisa descentralizar, ou seja, um processo que casou com o SUS. No Rio de Janeiro, no início da década de 80, as regionais de saúde foram esvaziadas” (Álvaro Matida, 24 de maio de 2004). Segundo Matida, o Rio de Janeiro teve um movimento sanitário muito mais fragmentado do que em São Paulo por conta das transições políticas. Quando as regionais de saúde deixaram de existir, perdeu-se muito não só do capital humano, mas também da lógica de organização (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.104).

Conforme Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a), para compreender a lógica que subjaz a formulação das políticas públicas em saúde no RJ, é preciso levar em conta o impacto da fusão do Estado da Guanabara com o do Rio de Janeiro, ocorrida em 1975, durante o governo do general Ernesto Geisel.

Com a fusão, a Secretaria da Saúde do Estado da Guanabara tornou-se Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, então sediada em Niterói, foi transferida para a cidade do Rio de Janeiro. O serviço público estadual de saúde do Rio de Janeiro foi enfraquecido e desorganizado, dispondo de poucas estruturas para o atendimento à população. Já a Secretaria Municipal herdou do extinto Estado da Guanabara uma estrutura de saúde sólida, com ampla rede de serviços. Isso se tornou evidente quando a Secretaria da Saúde do município do Rio, ainda em 1984, se envolveu nas ações relativas à Aids, junto com as equipes da Fiocruz, do Hospital Gaffrée e Guinle e da Divisão de Dermatologia da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.105).

Contrariamente, em outros estados, conforme afirmam os autores (Idem, 2015a), as Secretarias de Saúde municipais só passariam a desenvolver ações direcionadas ao controle da epidemia após a estruturação do Programa de Aids em âmbito estadual.

O Estado de Minas Gerais (MG), por seu turno, seguiu os passos do RJ ao criar, em 1985, seu primeiro ambulatório direcionado exclusivamente à pacientes vivendo com Aids no Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob a coordenação do médico imunologista Dirceu Bartolomeu Greco.

Com o objetivo de evitar reações preconceituosas, optou-se por não adicionar Aids ao nome da nova unidade, batizando-a de Serviço de Imunodeficiência. Conforme Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a), o ambulatório Bia Fortes, foi inaugurado em 13 de agosto de 1985, contra a vontade da direção do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina que acreditava que o Serviço de Doenças

Infeciosas e Parasitárias não estava suficientemente preparado para oferecer atendimento para pacientes com esse tipo de doença, apesar de ser reconhecido por atender pacientes com outras doenças infectocontagiosas (como tuberculose, por exemplo).

A alteração no nome do Serviço destinado à Aids não foi o suficiente para evitar as tão temidas reações. E não demorou para que a mídia expusesse as resistências diante da abertura do novo ambulatório:

[...] “No dia da abertura eu estava vindo para cá, liguei o rádio do carro e coincidentemente uma rádio popular mineira estava entrevistando alguém na rua: ‘você sabe que hoje vai abrir o ambulatório de Aids na Faculdade de Medicina? O que o senhor acha disso?’. A resposta foi imediata: ‘nunca mais piso lá’”. Foi nesse contexto que o Ambulatório Bias Fortes abriu suas portas diante das três redes de televisão existentes na época: Bandeirantes, SBT e Globo. Começou a funcionar com pouca demanda e, segundo Dirceu Greco, “no começo tinha muito mais medo da Aids do que pacientes realmente infectados pelo HIV” (Dirceu Greco, 27 de maio de 2004) (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.106).

Mesmo sendo organizado no interior do Hospital de Clínicas, o Serviço coordenado por Greco não contava com o apoio da instituição para os pacientes e, por “não ter sido uma iniciativa da faculdade como um todo, mas um processo de ocupação de espaço por parte da equipe, o aporte de recursos para o ambulatório era pequeno” (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.111), de modo que o ambulatório contava com uma equipe reduzida, com recursos e insumos escassos e operava sem suporte hospitalar (como, por exemplo, internação).

Embora o principal argumento da coordenação estivesse relacionado à falta de condições em lidar com a nova doença, a principal resistência era por parte da equipe de enfermagem que se recusava a atender pacientes de Aids. Esse quadro não se sustentou por longo tempo, uma vez que em 1985 a epidemia tornou-se uma realidade na maior parte do País e, em 12 meses, 15 casos foram notificados apenas em Minas Gerais.

Nessa época, começaram a surgir também relatos sobre cenas de pânico na população, que resultavam em atitudes discriminatórias em relação aos doentes, em diferentes estados da Federação, difícil de imaginar nos dias de hoje. Em Minas Gerais, ficou bastante conhecido um fato relatado pelo “Jornal da Tarde”, de São Paulo, do dia 28 de agosto de 1985, sobre um morador de Araguari, Triângulo Mineiro, infectado pelo HIV. O cabeleireiro Everaldo Marques foi expulso da cidade pela população local e levado pela polícia até a cidade vizinha de Uberlândia, e foi internado no Hospital das Clínicas local. Os policiais obedeciam à ordem do promotor de justiça,

Waldir Dias, pois o cabeleireiro começou a emagrecer e espalhou-se pela cidade o boato de que ele estava infectado pelo vírus da Aids. Pressionado pela população, que chegou a fazer ameaças de linchamento, o promotor entrou em contato com as autoridades médicas que autorizaram a internação compulsória. Os médicos do Hospital das Clínicas de Uberlândia desmentiram a versão que provocara pânico em Araguari e afirmaram que o paciente estava passando bem. Entretanto, quando teve alta, não pôde voltar a sua cidade e, com sua mãe, vagava pelas casas dos parentes. Fatos como esse foram relatados, com frequência, por profissionais e pela literatura de Aids em todo o país (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.108).

De acordo com Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a), foi no início de 1986, diante do agravamento da hospitalização dos pacientes de Aids, que Luiz Antônio Loures, então “responsável pela unidade de queimados no Centro de Tratamento Intensivo do Pronto-socorro João XXIII, hospital de emergência vinculado à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, criou uma unidade com quatro leitos para internação de pacientes com Aids” (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.109). Para instalar os leitos, o médico não apenas “subverteu a lógica do pronto-socorro” (Idem, p.109), como, também, o fez contra a vontade da direção da Faculdade de Medicina.

A exemplo do que ocorrera em outras partes do País e, até mesmo do mundo, os profissionais que trabalhavam diretamente com os pacientes infectados pelo vírus da Aids precisavam enfrentar “a comoção que a doença e o doente causavam nos funcionários, médicos e paramédicos” (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.110) e o preconceito associado a ela. O medo do contágio iminente levava a condutas pouco racionais.

[...] No Pronto-socorro João XXIII, a norma para hospitalização de pacientes com Aids era o isolamento completo. “O paciente ficava trancado no quarto contra a nossa determinação, mas com a adesão do hospital. O pessoal só entrava paramentado, a enfermagem só entrava de máscara e gorro... Os pratos eram descartáveis e entregava-se na porta, não se entrava no quarto. Em lugar nenhum deve ter sido assim” (Dirceu Greco, 27 de maio de 2004). Na verdade, medidas como essas foram adotadas, em algum momento, em todo o país. Atitudes dessa natureza só podem ser entendidas no contexto de 1985, pelo temor de um vírus pouco conhecido e letal. “O mais estúpido desse processo todo é que o paciente se internava dessa maneira [com isolamento total], se ele recebia alta, ele saía andando sem paramento. Ele vinha andando pela escada, quando entrava ali virava outra pessoa, quando ele saía voltava a ser aquela mesma pessoa” (Dirceu Greco, 27 de maio de 2004) (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.110).

Segundo Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a), o Programa Estadual de Aids de Minas Gerais surgiu em 1985, embora nunca tenha sido publicada uma portaria que o oficializasse. E, baseado na experiência do combate à DST/Aids do RS, divulgada pelo Ministério da Saúde, o MG elaborou, em 1987, um plano de ação para responder à epidemia; [...] a partir de então, o Programa Estadual estruturou-se com “a abertura de centros ambulatoriais e hospitalares para Aids em algumas cidades que já contavam com estrutura do Estado, como os centros regionais, e procedeu à sistematização da notificação da doença” (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.114).

Conforme afirmam Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a), uma vez que nos primeiros anos não se reconhecia a Aids como uma prioridade, apesar de se julgar que a epidemia vinha ganhando força em nível estadual e nacional, nem as instituições mineiras responsáveis pelo controle à epidemia nem o Estado de MG investiu muito em prevenção, priorizando sobremaneira a assistência às PVHA.

Um exemplo é o modo como a ação denominada Disque-Aids foi implementada nos estados de SP, RS e, posteriormente em Minas Gerais. De acordo com Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a), em SP e no RS, o serviço surgiu junto com o programa, no RJ, a ação foi implementada com o objetivo de responder as demandas da população, em MG, contudo, o serviço só foi implantado em 1988, três anos após a instituição da coordenação. Conforme Charles Carvalho, que esteve na coordenação entre 1985 e 1991:

[...] “O programa ficou um tempão sem Disque-Aids. Disque-Aids era um requinte. Só consegui esse serviço porque fui ver o secretário das Telecomunicações e o presidente da Telemig, uma empresa estatal, me oferece duas linhas e eu consigo quatro estagiários para ficar no Disque-Aids” (Charles de Carvalho Costa, 27 de maio de 2004). O investimento em comunicação sobre Aids em Minas Gerais, incluindo as campanhas, sempre foi de iniciativa federal. Do mesmo modo, o combate ao estigma e a promoção da solidariedade ao paciente pareciam pouco abordados pela coordenação na etapa inicial. “Eu não tinha tempo para pensar em estigma. Não era do meu interesse, eu não podia entrar nesse tipo de questão, era eu sozinho sem ninguém para me ajudar. Paralelamente à minha luta para montar a coordenação, eu tinha de convencer o secretário a fazer as coisas num governo muito difícil, o de Newton Cardoso, uma pessoa muito aética e um desastre de governo” (Charles de Carvalho Costa, 27 de maio de 2004) (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.115).

Assim como o RJ, Minas Gerais demorou para se organizar e “fornecer as diretrizes de ações contra a epidemia” (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.114), ficando a cargo das instituições médicas, de pesquisa e de ensino a assistência às PVHA e as primeiras ações de controle à epidemia em nível local. Do mesmo modo, observa-se “o fraco movimento da sociedade civil, no início da epidemia” (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p.115). Quadro que só foi alterado a partir de 1987, quando a síndrome já havia se expandido por todo o País e o Programa Nacional já estava estruturado e atuava junto a políticas e ações específicas em nível subnacional.

5.4O enfrentamento à Aids em outros estados brasileiros

De acordo com os autores consultados, em 1985, quando SP, RS e RJ já possuíam Programas estruturados e MG já contava com um ambulatório para o atendimento de PVHA, algumas capitais brasileiras estavam investindo em serviços hospitalares para receber os pacientes, haja vista que começavam a registrar os primeiros casos de Aids (Florianópolis/SC, Salvador/BA, Recife/PE, Natal/RN, Fortaleza/CE e Belém/PA são alguns exemplos).

Nesses estados, a prioridade absoluta era a hospitalização dos doentes, diante da gravidade e a complexidade do quadro clínico, o que deu origem a um movimento em torno da assistência hospitalar para aids, quase sempre por iniciativas individuais, com pouco apoio institucional dos níveis centrais das Secretarias de Saúde. Programas de saúde pública mais abrangentes com os componentes de vigilância epidemiológica, prevenção e assistência ambulatorial, além de retaguarda hospitalar e laboratorial, das Secretarias de Saúde, somente seriam concretizados nessas capitais a partir de 1987, com o impulso do já então estruturado Programa Nacional de Aids (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.115).

No início da epidemia de HIV/Aids, os casos da doença não eram aceitos nos hospitais particulares, logo, os atendimentos ficavam a cargo dos hospitais públicos. Em alguns lugares, os hospitais universitários intercederam e ofereceram leitos, mas, em geral, “a organização de serviços exclusivos para o atendimento de Aids

se fez em hospitais públicos que criaram os primeiros leitos específicos para a doença ou utilizaram leitos de doenças infecciosas e parasitárias” (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.115-116).

No que diz respeito à articulação dos movimentos sociais com os gestores das políticas públicas direcionadas ao enfrentamento ao HIV/Aids, é importante ressaltar que entre os estados supracitados, apenas a Bahia, por intermédio do Grupo Gay da Bahia (GGB) e o Pará, por meio dos responsáveis por hemocentros foram responsáveis pelo desenvolvimento de campanhas e ações educativas (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015b).

Em outros estados, principalmente os do Nordeste e Sul (no caso de Santa Catarina, por exemplo), os programas estaduais foram sendo desenhados com base nas experiências que já vinham sendo implementadas no País. Nesse sentido, deu-se início a um processo de intercâmbio de especialistas – provenientes dos programas já estabelecidos - para realização de capacitação de profissionais e técnicos dos programas nascentes (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a).

5.5A estruturação do PN-DST/Aids

Em 1985, quando algumas centenas de casos já eram conhecidos no país e mais de dez estados já contavam com programas organizados, o Ministério da Saúde, finalmente, reconhece a gravidade do problema para a saúde pública brasileira. Até então, seus representantes se pautaram por minimizar a dimensão do problema e criticar as ações programáticas adotadas por diversas unidades federadas. A partir de fevereiro daquele ano, por intermédio de sua Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária (mais uma vez a analogia com os estados), o MS promove uma série de reuniões com especialistas e técnicos de vários estados. Em maio daquele mesmo ano, através da Portaria 236 (2.5.85), cria o Programa Nacional de Aids e estabelece as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia no país (TEIXEIRA, 1997, p.55).

A intervenção que combina atuação na esfera governamental, por meio dos programas nacional, estaduais e municipais, e na esfera não governamental, por intermédio das ONGs, de igrejas e da imprensa, compôs o modelo de combate à Aids, como foi apontado pela maior parte

dos trabalhos acadêmicos que analisaram a resposta à epidemia ao longo dos anos (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p. 19).

No ano de 1982 já havia casos de Aids identificados em pelo menos cinco diferentes estados do País, ainda assim, o Ministério da Saúde mostrava-se resistente quanto a investir em uma doença que “embora grave, estava acantonada em grupos específicos e em algumas unidades da Federação” (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.133).

Nesse período, quando ocorriam reuniões organizadas pelo Ministério da Saúde com vistas a realizar a programação anual dos recursos, frequentemente as discussões giravam em torno da questão da Aids como sendo ou não um problema de saúde pública. Apesar de os técnicos e gestores terem ciência da gravidade dos casos existentes, esses eram, ainda, isolados (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a). Tratava-se, portanto, de discutir se a gravidade da nova doença a tornava ou não uma questão de saúde pública. Ademais, também do ponto de vista epidemiológico, a ocorrência dos casos de Aids não se enquadrava, segundo Laurindo-Teodorecu e Teixeira (2015a), em três parâmetros essenciais para caracterizar problemas de saúde pública:

a) magnitude da epidemia, que se mede segundo a ocorrência do número de casos em relação à população; b) vulnerabilidade, no sentido estrito do conceito de saúde pública, significando saber se a doença é vulnerável à intervenção por meio de instrumentos como vacina ou medicamento; c) transcendência ou impacto social da doença (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p. 134).

Segundo os autores, contudo, justamente por se tratar de uma doença transmissível é que outros elementos precisariam ser considerados no que concerne à mensuração e avaliação de um possível crescimento epidêmico. Parâmetros esses, que só foram levados em consideração, tardiamente, em 1985, quando a síndrome já havia se expandido pelo País.

A pouca institucionalização dos espaços de enfrentamento à Aids, abriu espaço para distintas formas de organização e mobilização por parte de atores dispersos que perceberam no avanço da epidemia uma oportunidade para desenvolver novas interações e trazer à tona novas pautas. A sociedade civil organizada poderia ser compreendida, nesse contexto, como o ator, que nos termos

de Fligstein (2007) e de Fligstein e McAdam (2012), constituiu-se como socialmente hábil, uma vez que responsável por estabelecer os parâmetros da ação e dar início à organização do campo em questão.

Quando o PN-DST/Aids surgiu em 1985 ele não apenas rompeu com o silêncio que imperava até então no governo federal, como, também, respondeu às demandas da sociedade civil organizada e dos governos estaduais e municipais que já vinham enfrentando a epidemia recém-chegada ao Brasil.

Em reunião realizada em maio de 1985, determinou-se, sob a Portaria Ministerial nº236/1985 (BRASIL, 1985), a criação do Programa de Aids no âmbito do Ministério da Saúde. Nessa mesma ocasião, recomendou-se o preenchimento de uma ficha de investigação epidemiológica, que deveria ser anexada à notificação dos casos confirmados, mas não estabelecia se essa seria ou não compulsória (TEIXEIRA, 1997; LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a). A medida tornando as notificações compulsórias só foi adotada explicitamente em dezembro de 1986, através da Portaria Ministerial nº 542/1986 (TEIXEIRA, 1997).

Sob a direção, na época, de Aguinaldo Gonçalves, o Ministério da Saúde comprometeu-se a “remeter, com periodicidade trimestral, um relatório sobre a evolução epidemiológica da aids no país às instituições públicas de saúde e, seletivamente, às instituições privadas e aos organismos internacionais de saúde” (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.135).

Durante a gestão de Gonçalves, uma das poucas medidas preventivas adotadas foi a campanha televisiva sobre Aids que ficou conhecida como “a campanha do Sócrates” (jogador de futebol). Essa foi duramente criticada, primeiro por não ter associado claramente o uso do preservativo à prevenção e, em segundo lugar, porque o Ministério havia negado recursos para realização de uma campanha preventiva mais efetiva (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a).

As críticas se tornaram mais contundentes, quando o ministro Carlos Santana, em uma reunião com ativista da causa sanguínea, deu a infeliz declaração de que existiam no Brasil problemas de saúde mais importantes do que a Aids. O ministro respondeu a essas críticas assinando uma nova portaria, a de nº 726, em um evento ocorrido em 5 de novembro de 1985. Nele, apresentou também as diretrizes gerais do Ministério da Saúde para Aids e designou o Instituto de Saúde da Divisão de Dermatologia Sanitária da Secretaria da Saúde de São Paulo como Centro de Referência Nacional. O evento contou com a participação de coordenadores estaduais, acadêmicos, representantes de outros

ministérios e do movimento social existente, como Paulo Bonfim, do GAPA-SP, dona Vitalina Dias da Silva, da Associação dos Hemofílicos, Otilia Simões, do Instituto de Saúde de São Paulo, entre outros (LAURINDO-TEODORESCU, TEIXEIRA, 2015a, p. 137).

Foi apenas a partir de 1986 que o Programa Nacional de HIV/Aids começou a se consolidar frente aos programas estaduais e municipais já existentes. Ao longo desse ano, o Programa fortaleceu-se institucionalmente e foi implementado em todo território nacional (TEIXEIRA, 1997). Progressivamente foi-se desenhando o quadro epidemiológico do País, implantando-se as ações programáticas alinhavadas e discutidas em âmbito nacional (após encontros macrorregionais) e implementando estratégias e diretrizes de atuação comuns para todas as regiões brasileiras (Idem, 1997).

5.6 Considerações Parciais

Fundamentados na TCAE, consideramos esse primeiro momento, que cobre o intervalo entre o início da epidemia no Brasil e a criação do PN-DST/Aids, como aquele que marca a emergência do campo de ação estratégica da Aids no País. Como já visto, a emergência de um campo, “é o entendimento compartilhado acerca das regras e do que está em jogo em campo, um conjunto de atores com posições conhecidas no campo e a maneira de os atores interpretarem as ações dos outros e enquadrarem as suas enquanto o jogo está sendo ‘jogado’” (FLIGSTEIN; McADAM, 2012, p.170). Acrescenta-se a esses elementos o contexto de pouca institucionalização dentro do qual múltiplos atores individuais e coletivos se mobilizam em torno de determinado problema social, por exemplo, os diferentes sentidos atribuídos à epidemia.

Reconhecendo a multiplicidade de atores e o compartilhamento de ideias na constituição do campo, percebeu-se que não houve uma visão unitária sobre a arena e o problema social nela implicado. Ainda assim, os atores não só ocupavam uma posição, como, também, reconheciam as dos outros, demarcando seus aliados,

potenciais oponentes e concorrentes. Nesse sentido, partilhar o entendimento acerca das regras do campo pressupõe que os atores compreendam quais são as táticas “possíveis, legítimas e interpretáveis” (FLIGSTEIN, McADAM, 2012, p.172, tradução nossa).

Tal como no nosso objeto de estudo, no início da organização de um campo, verifica-se, com frequência, não apenas a disputa em torno de sua composição, mas, também, da construção de identidades. No caso do campo do HIV/Aids no Brasil, em termos básicos, havia duas grandes perspectivas em torno da epidemia: a primeira girava em torno da negação de sua existência, enquanto a segunda relacionava a síndrome a um grupo socioeconômico específico (os homens homossexuais de classe média alta). Aderindo à segunda concepção, o movimento homossexual brasileiro protagonizou o discurso social sobre a doença que afligia, naquele momento, principalmente seus pares e passou, com isso, a pressionar o poder público.

Quando, no início da década de 1980, a epidemia emergiu no Brasil, a conjuntura sociopolítica era particularmente desafiadora. A riqueza de atores, e os debates por eles promovidos, permitiram que o campo em torno da Aids fosse constituído por um amplo espectro da sociedade brasileira. Em torno desse campo em formação gravitavam atores – indivíduos ligados à sociedade civil, a universidades, às instâncias políticas, aos órgãos governamentais e burocráticos - cujas habilidades de mobilização social e política eram inquestionáveis (FLIGSTEIN, 2007; FLIGSTEIN; McAdam, 2012), e, que ao se mobilizarem para a construção dessa arena, marcaram, também, os contornos que as políticas de enfrentamento à epidemia ganhariam no País. Esses atores, definidos como socialmente hábeis (FLIGSTEIN, McAdam, 2012), uma vez que capazes de induzir a cooperação dos outros se mostraram fundamentais para superação do caos inicial.

Ficou constatado que, não obstante convergirem seus interesses, preferências e estratégias em torno da formação do CAE, os atores não eram iguais e interagiram em meio a dinâmicas moldadas por distintos valores e normas (SANTOS, 2019). Ao mesmo tempo, podem ser definidos como socialmente hábeis (FLIGSTEIN, 2007; FLIGSTEIN; McADAM, 2012), porquanto capazes de induzirem a cooperação dos outros para a superação do caos inicial e para a construção de uma

arena específica de políticas públicas. Sua atuação, os contornos futuros das políticas de enfrentamento à Aids ganhariam o País.

As primeiras ações não-governamentais no âmbito do enfrentamento à Aids no Brasil nascem com dois objetivos principais: **i)** “abalar o imobilismo burocrático” (SILVA, 1998, p.131) através da pressão de grupos organizados, e **ii)** atuar junto aos seus pares no que diz respeito à ações preventivas, assistenciais e voltadas à defesa de direitos (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015b).

Ademais, no processo de interação entre atores estatais e não estatais nesse CAE, surge uma terceira categoria, as unidades de governança interna. Aplicamos esse conceito aos governos subnacionais que produziram os primeiros programas de enfrentamento ao HIV/Aids do Brasil, os quais, na percepção de Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a) percorreram três orientações principais e não exclusivas: **i)** políticas de saúde pública (como as ações desenvolvidas pelos governos dos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul); **ii)** o atendimento em hospitais universitários (nos estados do Rio de Janeiro e de Minas Gerais) e, **iii)** assistência hospitalar (em vários estados brasileiros).

6 A CONSOLIDAÇÃO DO CAMPO DO HIV/AIDS NO BRASIL: O PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS (1986-2002)

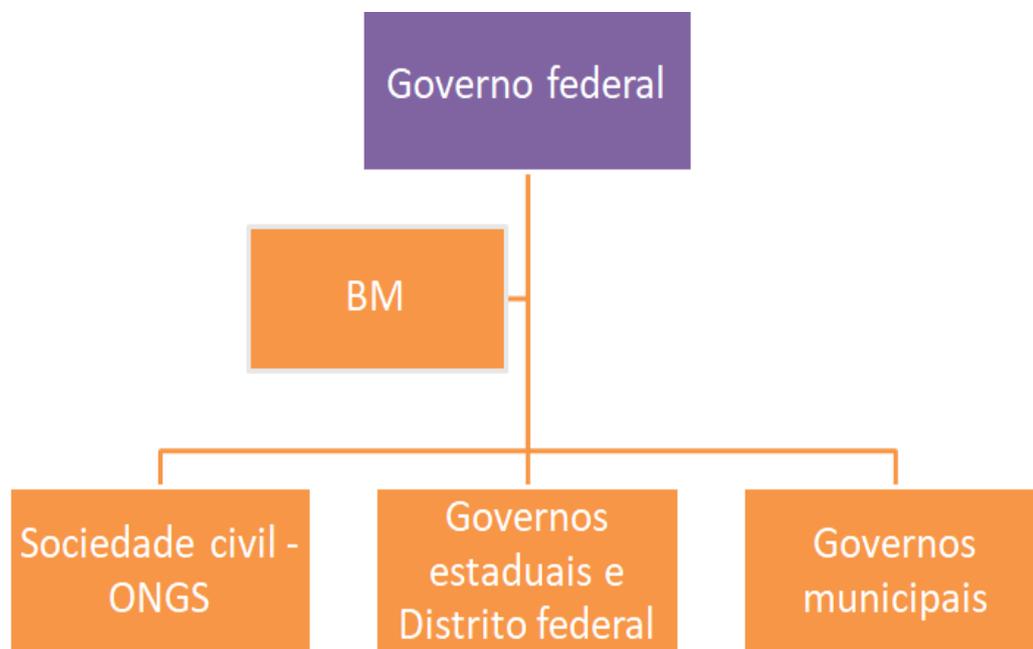
É comum, em campos estáveis, mas altamente conflitantes, que atores desafiantes e titulares possuam visões divergentes acerca da natureza do CAE, Fligstein e McAdam (2012) salientam que os analistas podem encontrar dificuldades para enxergar através dessas distintas concepções e, assim, compreender a “ordem subjacente” (Idem, p.173) ao campo. De forma que, um campo ainda não organizado pode possuir, conforme afirmam os autores, vários grupos com concepções bastante distintas sobre o que está em jogo.

No caso do HIV/Aids no Brasil, conforme apresentado e analisado em capítulos anteriores, apesar das diferenças de concepções iniciais, os diferentes grupos envolvidos na organização do CAE não compartilharam apenas uma noção acerca da epidemia e seus impactos, mas, também, mobilizaram-se em torno de um objetivo em comum – implementar uma política pública direcionada ao enfrentamento da síndrome.

Não esquecemos aqui da recomendação de Fligstein e McAdam (2012) quanto à dificuldade de estabelecer o estado exato de um campo de ação estratégica. Os autores são claros quanto à existência de titulares e desafiantes em campo e o nível de contestação existente nessas presenças. Salientam que os desafiantes podem até concordar em alguma medida com os incumbentes, mas, mesmo nos CAE mais estáveis, isso não significa que eles não tenham uma visão alternativa do campo. No entanto, no caso da epidemia de Aids no Brasil, os desafiantes (a sociedade civil organizada) optaram por atuar junto aos incumbentes (campos estatais) como forma de romper com o imobilismo político e burocrático. Dessa estratégia, surgem as primeiras respostas governamentais e o estabelecimento do campo tal como o conhecemos.

De todo modo, reforçamos as posições ocupadas por cada um dos atores em campo – sociedade civil (desafiantes), campos estatais (incumbentes) e UGI -, vez que o relacionamento entre eles será essencial para compreender os conflitos e alianças que serão formadas ao longo do processo de estabilização do CAE. Nesse processo, há, ainda, a inserção de um quarto ator importante: o Banco Mundial (BM) (Figura 7).

Figura 7: Campo consolidado/maduro – Fase 1. Estrutura hierárquica centralizada no governo federal



Fonte: Elaboração própria à luz da TCAE (FLIGSTEIN; McADAM, 2012).

Essa fase caracteriza-se pela centralização no governo federal via Plano Nacional de HIV/Aids e outras IST, bem como, pela atuação dos governos estaduais, municipais (poucos) e da sociedade civil, por meio das ONGs/Aids, nas ações destinadas ao enfrentamento à síndrome. Ademais, ao longo de 26 anos (1989-2015), a resposta brasileira à epidemia de Aids vem sendo marcada não apenas pelo suporte financeiro, mas, também, pelo ideário, do BM (MATTOS *et al.*, 2003). O Banco tem atuado fortemente sobre a arena da política de enfrentamento ao HIV/Aids, incidindo sobre as categorias de intervenção e os atores participantes, bem como sobre os modelos de gestão que orientam a formulação e implementação da política em questão.

Ao analisar os cinco convênios firmados entre o Brasil e o Banco Mundial com o objetivo de controlar a epidemia de HIV/Aids, objetivamos descrever a implementação dessa política a partir dos *settlement* (pactos) mobilizados (FLIGSTEIN; McADAM, 2012), desde seus primórdios, com a criação do Programa de Aids no estado de São Paulo, em 1983, até a consolidação da PInc, com o Aids-

SUS, em 2015 (esse último projeto, objeto de acordo de cooperação com o BM, será abordado no capítulo sete).

6.1 O processo de constituição do PN-DST/Aids

Ao longo de 1986 foram organizados encontros macrorregionais a partir dos quais o Ministério da Saúde não apenas apresentou as diretrizes sobre as quais estados e municípios passariam a operar no campo do HIV/Aids, mas, também, buscou, nas unidades federadas experiências que pudessem ser adotadas e compartilhadas em âmbito nacional (TEIXEIRA, 1997; PIRES, 2006).

Foi durante a gestão de Lair Guerra (1987-1990) que os programas de Aids foram implantados em todo o País. No ano de 1987, foi criada, segundo Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a), a Divisão de DST/Aids do Ministério da Saúde, desvinculando, oficialmente, as ações direcionadas à epidemia da Divisão de Dermatologia Sanitária.

A proposta não foi facilmente aceita por muitos técnicos da dermatologia sanitária dos estados, mas foram votos vencidos. “A reunião que definitivamente fez retirar a aids da dermatologia foi uma reunião com os coordenadores estaduais em Curitiba, uma reunião muito tensa, muito difícil, porque muitos coordenadores estaduais eram da dermatologia, e ela representou de modo definitivo um novo caminho para aids como uma área própria e independente” (Pedro Chequer In LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.161)

Nesse período, oficializou-se a equipe que seria responsável por implantar as normas dos bancos de sangue e as ações de prevenção, assistência e vigilância epidemiológica voltadas à Aids. Em 1988 foi criado o PN-DST/Aids, cuja especificidade teria marcado, segundo Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a, p.161), “o novo rumo institucional para as políticas públicas de Aids, em âmbito federal”.

Conforme Teixeira (1997), sob influência das políticas adotadas pelas unidades subnacionais que já haviam organizado seus modelos de atuação juntamente com a sociedade civil, o Ministério da Saúde incorporou, já no início das atividades do PN-DST/Aids, o referencial não discriminatório e de defesa dos direitos das PVHA. O autor indica que, na perspectiva da defesa de direitos e, principalmente, de caracterizar a Aids como um problema mais abrangente do que simplesmente um agravo de saúde, procurou-se, em âmbito nacional, consolidar parcerias com outros setores governamentais (Ordem dos Advogados do Brasil, Ministérios do Trabalho, Educação e Justiça, etc.). Esses esforços não foram, porém, bem sucedidos, e aquele que seria o “grande alvo” – o Ministério da Educação -, jamais se envolveu diretamente nas políticas públicas e/ou ações preventivas relacionadas à síndrome.

No ano de 1987, o Ministério da Saúde promoveu uma articulação entre o PN-DST/Aids e o INAMPS, entidade do Ministério da Previdência e Assistência Social, possibilitando a realização de ações de controle, prevenção e assistência direcionadas às pessoas que viviam com o vírus da Aids. Essa articulação, segundo Teixeira (1997), fora influenciada pelas decisões da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano anterior, momento no qual foram dados os primeiros passos em direção à construção do SUS. De todo modo, embora importante do ponto de vista político, sobre uma perspectiva prática, essa articulação não se traduziu em ações integradas nos níveis regionais e locais.

As ações voltadas para a Aids, incluindo as assistenciais, permaneciam ainda sob responsabilidade única, das secretarias estaduais de saúde. Como exemplo, podemos citar a Resolução nº 17, de 24.8.87, do INAMPS, que determina o repasse de recursos às unidades federadas e municípios para atividades de assistência médica aos pacientes de Aids. Esta medida pouco alterou a oferta e qualidade dos serviços hospitalares prestados nos estados e municípios (TEIXEIRA, 1997, p.59).

Paulo Teixeira (1997) chama atenção, no entanto, para o fato de que, como fruto mais importante dessa articulação foram iniciadas, naquele mesmo ano, as primeiras gestões, em âmbito nacional, da política de sangue no País.

A maior parte desses esforços era coordenada pelo PN-DST/Aids, com apoio do INAMPS, apesar de já existir um programa destinado à normatização e controle dessas atividades no país, desde 1980: o PRÓ-

SANGUE, criado pela Portaria Interministerial nº07, de 30 de abril de 1980 (TEIXEIRA, 1997, p.59).

Segundo o autor, a partir da atuação do PN-DST/Aids, regulamentou-se os procedimentos, as normatizações, treinamentos e a aquisição e distribuição de insumos necessários às atividades hemoterápicas. Ainda em 1987, sob a Portaria Interministerial – MS e MPAS, de 18 de maio (BRASIL, 1987), tornou obrigatória a realização de testes anti-HIV, em atividades patrocinadas pelo INAMPS. Foi apenas um ano depois, por meio da Lei 7.649, de 25 de janeiro de 1988 (BRASIL, 1988), que a triagem sorológica para o HIV se tornaria obrigatória em todo território nacional.

É relevante, nesse caso, mencionar o fato de que, à época, a Divisão de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde estava “muito fragilizada e as ações de controle da qualidade do sangue foram, em grande parte, assumidas pela nova Divisão de Aids que atuou com os estados para o fortalecimento dos hemocentros locais” (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.163).

A relação do recém-implementado PN-DST/Aids com os outros atores do campo, não era, contudo, sempre pacífica. De um lado, Lair Guerra, bióloga, coordenava a Divisão de Aids, sob suspeita das lideranças da área por não ter formação em medicina (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a). De outro, a equipe da própria Divisão federal enfrentava duas situações:

[...] a necessidade de se posicionar como coordenadora da luta contra a Aids no Brasil, quando muitos estados já tinham uma política em andamento, e de reconhecer a evidente preponderância técnica da equipe de São Paulo, que ia para seu quarto ano de atuação e era responsável pelo maior foco da doença no país (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a, p.166).

Apesar de devedor dos distintos modelos de gestão implementados pelas UGI, e de ter combinado o modelo de atuação dos programas estaduais e municipais já existentes, a partir de 1989 o Programa Nacional passou a ser reconhecido nacional e internacionalmente e, fortalecido, passou a definir as prioridades e construir as agendas de outras instâncias governamentais (TEIXEIRA, 1997; PIRES, 2006). Esse processo, de acordo com Pires (2006, p.72), alterou “a

rota das relações entre o PN-DST/Aids e os programas estaduais e municipais”. Sobre esse tema, Paulo Teixeira (1997, p.60) afirma:

Ao se consolidar, o Programa Nacional inicia um movimento inverso ao de suas relações com os estados. Até então, as ações nacionais se apoiaram, em grande parte, nas experiências vividas pelos estados nos primeiros anos da epidemia. A partir desse momento, fortalecido institucionalmente e apoiado por projetos de cooperação técnica e financeira com organismos internacionais, o Programa Nacional passa a conceber, de forma centralizada, as normas e atividades a serem implementadas em todo o país. De parceiros ou interlocutores, os programas estaduais passam a ser considerados executores das propostas elaboradas e coordenadas por Brasília.

Diante da competição entre projetos subnacionais e da desarticulação das ações estaduais já iniciadas (TEIXEIRA, 1997), a estratégia estabelecida pelo PN-DST/Aids foi, segundo Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a, p.166), manter o estado de São Paulo concentrado “em controlar a maior epidemia do país”, enquanto técnicos e assessores eram emprestados do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Pernambuco. Esse processo ampliou a intervenção da Divisão sobre os estados nos quais as ações direcionadas ao controle da epidemia se concentravam na assistência hospitalar (caso de Minas Gerais, Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Ceará e Santa Catarina).

6.2 Acordos de empréstimos realizados entre o governo brasileiro e o Banco Mundial

A participação de Organizações Internacionais (OIs), como o Banco Mundial, tem sido de extrema importância para a formulação e implementação de políticas públicas destinadas ao enfrentamento da Aids desde 1989, quando parte dos recursos designados ao projeto Nordeste II foi alocada ao controle da doença. Posteriormente, foram assinados os convênios Aids I, Aids II, Aids III e Aids-SUS, que cobriram um período entre 1994 e 2015 (Quadro 3), e cujos recursos foram

diretamente aplicados no controle da síndrome, visando: reduzir a incidência de DST e HIV/Aids, fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle da epidemia, enfatizar a resposta nacional e o papel da descentralização financeira na atuação dos entes subnacionais e das ONGs/Aids e aprimorar os mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação de política de Aids.

Durante 26 anos, portanto, o Brasil recebeu apoio financeiro, suporte e orientações técnicas do Banco Mundial com vistas ao controle da epidemia de HIV/Aids. Não há como analisar a resposta brasileira à epidemia sem mencionar a atuação desse organismo internacional na construção dessas políticas em nível nacional. A seguir, nos Quadros 3 e 4, apresentamos os acordos firmados com o BM, no tocante aos recursos financiados e aos conteúdos dos projetos.

Quadro 3: Projetos brasileiros contemplados com recursos do BM para o enfrentamento à epidemia de HIV/Aids: **valores, contrapartidas, períodos de vigência e tipo de apoio**

Título do Projeto	Valor Compromisso (milhões)	Contrapartida Governo (em milhões)	Período de vigência	Tipo de Apoio
Projeto Serviços Básicos de Saúde do Nordeste II	US\$ 7,4	O valor total era de US\$ 610,6 milhões (US\$ 343,6 referentes à contrapartida brasileira)	1989-1996	Indireto
Projeto de Controle de Aids e DST (AIDS I)	US\$ 160,0	US\$ 90,0	1994-1998	Direto
BR: Controle de Aids e DST II (AIDS II)	US\$ 165,0	US\$ 135,0	1999-2002	Direto
Projeto de Controle de Aids e DST III (AIDS III)	US\$ 100,0	US\$ 100,0	2004-2007	Direto
AIDS-SUS (Programa Nacional de Aids – Serviço Nacional de	US\$ 67,0	US\$ 133,0	2010-2015	Direto

Saúde) (AIDS-SUS)				
--------------------------	--	--	--	--

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelo site oficial do Banco Mundial (BANCO MUNDIAL, 2020).

No quadro 3, o que chama atenção é o valor dos projetos Aids I e II em relação aos outros convênios assinados junto ao BM. Há um claro investimento financeiro nesses dois convênios e, posteriormente, uma significativa diminuição de recursos nos dois projetos seguintes. De acordo com Mattos (2003), a redução dos recursos financeiros está diretamente associada ao aumento da transferência de recursos técnicos e, com isso, difusão de ideias no âmbito das políticas públicas.

Quadro 4: Resumo da concepção de cada um dos projetos contemplados com recursos do BM para o enfrentamento à epidemia de HIV/Aids no Brasil

Título do Projeto	Vigência	Concepção dos projetos
Projeto Serviços Básicos de Saúde do Nordeste II	1989-1996	Preparar e fortalecer os serviços básicos de saúde em áreas de baixa renda selecionadas, reforçando a implementação das reformas setoriais em curso, incluindo a descentralização de recursos financeiros e administrativos dentro dos estados do Nordeste (BANCO MUNDIAL, 1998).
Projeto de Controle de Aids e DST (AIDS I)	1994-1998	Preparar e fortalecer as instituições públicas e privadas que atuam na prevenção e no cuidado, deixando em vigor uma estrutura institucional sólida para o enfrentamento e controle do HIV/Aids (BANCO MUNDIAL, 2008, p.11).
BR: Controle de Aids e DST II (AIDS II)	1999-2002	Estender a cobertura das atividades de prevenção, fortalecer a capacidade institucional para entrega de TARV e para descentralização de algumas atividades do projeto (BANCO MUNDIAL, 2008, p.11).
Projeto de Controle de Aids e DST III (AIDS III)	2004-2007	Melhorar a eficácia e sustentabilidade do programa, descentralizando mais responsabilidade financeira e de gestão para estados e municípios, e fortalecimento do Programa Nacional (BANCO MUNDIAL, 2008, p.11).

AIDS-SUS (Programa Nacional de Aids – Serviço Nacional de Saúde) (AIDS-SUS)	2010-2015	Aumentar o acesso aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/Aids e outras DST para populações-chave, melhorando o desempenho dos programas de DST e Aids, nos três níveis de governo, através do aprimoramento da governança descentralizada e da capacidade de inovação (BANCO MUNDIAL, 2015).
--	-----------	--

Fonte: Elaboração própria com base nos dados disponibilizados pelos documentos oficiais do Banco Mundial.

O Banco Mundial não foi o primeiro organismo internacional a apoiar financeiramente as atividades do PN-DST/Aids. Já em 1987, a então chamada Divisão de DST/Aids recebeu seus primeiros aportes de instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). No entanto, os recursos provenientes do BM foram os mais robustos, em termos quantitativos, e os mais longevos.

De acordo com Barros (2013), e conforme se constata nos Quadro 3 e 4 diferentemente do que se costuma afirmar, antes de estabelecer o primeiro acordo de empréstimo específico para a política de Aids brasileira, o Banco Mundial já havia financiado, com o Projeto Serviços Básicos de Saúde do Nordeste (2) – conhecido como Projeto Nordeste II – um montante de 7,4 milhões de dólares para o controle e prevenção do HIV/Aids no País. Com esse recurso, o governo brasileiro investiu na elaboração de material educativo, campanhas preventivas, adquiriu equipamentos e insumos para bancos de sangue e laboratórios da rede pública, o que, segundo a referida autora, acabou contribuindo não apenas para a estruturação do Programa Nacional, mas, também, para a elaboração de um projeto especificamente direcionado para o tema – o projeto que ficara conhecido como Aids I (BANCO MUNDIAL, 1997; BARROS, 2013).

O Nordeste II, um projeto que previa não apenas a continuidade do Nordeste I¹²², assinado em 1986, como também sua ampliação, destinava-se, entre outras coisas, ao enfrentamento e controle de doenças infecciosas (como a tuberculose, por exemplo), daí sua posterior aproximação com a Aids.

Em novembro de 1993 o Brasil assinou junto ao Banco Mundial o primeiro acordo de empréstimo diretamente destinado ao controle da epidemia de HIV/Aids, o

¹²² Esse projeto, cujo valor era de US\$ 59,5 milhões, previa uma parceria entre o Ministério da Saúde do Brasil e Secretarias de saúde dos estados de Minas Gerais, Bahia, Rio Grande do Norte e Piauí.

Projeto de Controle de Aids e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) (GALVÃO, 2000; GALVÃO, 2002; BANCO MUNDIAL, 2004; GRANGEIRO, 2010). O Aids I ficou vigente entre os anos de 1994 e 1998, tendo como objetivos gerais a redução da incidência e transmissão do HIV e de DSTs, e o fortalecimento de instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle dessas doenças. Ele previa um aporte financeiro de 250 milhões de dólares (160 milhões do Banco Mundial e 90 milhões de contrapartida do governo brasileiro), distribuídos nos seguintes quatro eixos: i) componente de prevenção de DST/Aids; ii) informação, educação e programas de comunicação; iii) intervenções comportamentais e, iv) programas de extensão comunitária executados por ONGs (BANCO MUNDIAL, 1993; BEYER *et al.*, 2005; BARROS, 2013).

É importante mencionar que, apesar do PN-DST/Aids já estar em pleno funcionamento, quando o projeto Aids I entrou em vigência, ele assumiu um importante papel no que concerne à estruturação do próprio Programa, bem como no que diz respeito ao financiamento destinado às ONGs/Aids, estados e municípios (BANCO MUNDIAL, 2004a; BEYER *et al.*, 2005). Ademais, conforme Barros (2013, p.142), o recurso proveniente desse projeto possibilitou e legitimou “atividades [consideradas, à época] controversas de prevenção como a redução de danos, trabalho com presidiários e programas para profissionais do sexo”.

[...] 181 ONGs receberam financiamento para 444 projetos na área de prevenção, onde foi mais importante a atuação dessas organizações, e 140 projetos de tratamento e assistência, superando a meta inicial de 261 projetos financiados, o que foi viabilizado devido à redução do teto de financiamento de U\$ 100.000 para U\$ 50.000, devido à constatação que poucas ou nenhuma das ONG tinha capacidade para usar aquela quantia (BARROS, 2013, p.143).

O Aids I iniciou, igualmente, uma sequência de projetos com ênfase e maior alocação de recursos no eixo Prevenção, apontando a direção que a política do Banco seguia e, portanto, o que era esperado dos países com os quais firmava um compromisso financeiro no campo da saúde. É relevante destacar esse item, haja vista que sobre esse ponto haveria, anos depois, divergência entre o Banco e o governo brasileiro.

Apesar de o Brasil destacar a prevenção como uma de suas prioridades, o que se encaixava na política do Banco Mundial, à época, no início da década de 1990, o

País vivia o período pós-redemocratização, pós-Constituição Federal/1988 e, portanto, pós surgimento do SUS. Vinha-se, nesse sentido, tentando colocar em prática todos os preceitos básicos do SUS, que preconizavam, dentre outros, a universalização, a equidade e a integralidade¹²³. Desse modo, é princípio básico de um sistema único pensado nos moldes do sistema brasileiro que a saúde é um direito de todo o cidadão, cabendo ao Estado garanti-la. Premissa que, mais tarde, iria se refletir na garantia de acesso universal dos pacientes com Aids ao Tratamento Antirretroviral (TARV).

Não obstante a defesa da prevenção como uma condição primária, tanto a natureza eminentemente estatal da política de saúde (esta sendo um dever do Estado) quanto a oferta universal de tratamento a PVHA eram diretrizes não recomendadas pelo Banco Mundial (MATTOS *et al.*, 2001; BARROS, 2013). De toda forma, mesmo existindo divergências entre o País e a instituição, elas não foram suficientes para inviabilizar os empréstimos, ainda que alguns acordos tenham sido refeitos, conforme destaca Barros (2013, p.142):

[...] Banco e governo chegaram a um acordo com relação à política de fornecimento de medicamentos antirretrovirais: o Banco não concordava com o fornecimento de AZT garantido pela política brasileira, visto que considerava o tratamento caro e não efetivo, e exigia a redução de taxas de importação para preservativos, permitindo uma redução do preço final ao consumidor.

Ainda sobre esse tema, Barros (2013) destaca um estudo realizado no Brasil por Brindeiro *et al.* (2003) responsável por documentar a “baixa prevalência de resistência a medicamentos antirretrovirais (6,6%)” (BARROS, 2013, p.142). Esse

¹²³ A lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990) estabelece os princípios das ações e serviços que integram o SUS: I - universalidade de acesso, II - integralidade de assistência, III - preservação da autonomia das pessoas; IV - igualdade de assistência à saúde; V - direito à informação; VI - divulgação de informações; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde); X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos, e XIV - organização de atendimento público específico e especializado para mulheres vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017).

estudo teria subsidiado um indicador de qualidade e efetividade do serviço para o Banco Mundial (2004a). Os resultados dessa pesquisa teriam levado o grupo de avaliação do Banco a retificar sua posição quanto a “importância do fornecimento de medicamentos ARVs” (BARROS, 2013, p.142) quando avaliaram o Aids I e o Aids II, assinado em 1998, levando-o a considerar os projetos fundamentais em termos de investimentos para capacitação tanto em tratamento quanto em assistência (Idem, 2013).

O segundo acordo de empréstimo, o projeto Aids II, ficou em vigência entre 1999 e 2002, tendo um custo total de U\$ 296,6 milhões de dólares (165 milhões do Banco Mundial e 131,6 milhões de contrapartida do governo brasileiro). O projeto, como todos os outros, não previa recursos para compra de medicamentos, mas por seu intermédio pode-se investir em hospitais-dia, assistência domiciliar terapêutica e outros serviços voltados a PVHA não internadas; pôde-se, ainda, reduzir, através do acordo envolvendo a diminuição dos impostos, o custo dos preservativos; implantou-se um sistema de monitoramento e avaliação; desenvolveram-se *softwares* para gerenciamento e controle da distribuição e do uso de medicamentos antirretrovirais (SISCEL e SISCLOM); foram criados 237 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA); desenvolveu-se uma rede de serviços especializados de saúde para PVHA; procurou-se fortalecer o sistema de laboratórios para monitoramento e acompanhamento das PVHA; realizaram-se treinamentos de profissionais de saúde e outros quadros técnicos; e se procurou fortalecer a gestão dos estados e municípios, compartilhando com eles algumas responsabilidades que antes ficavam a cargo do PN-DST/Aids, como o planejamento das ações, por exemplo (BANCO MUNDIAL, 2004a).

No que diz respeito ao financiamento direcionado às ONGs/Aids, investiu-se em 795 instituições que, juntas, executaram 2.163 projetos (1709 voltados à prevenção e 454 direcionados ao tratamento e assistência) (BANCO MUNDIAL, 2004a; BARROS, 2013).

Os projetos de assistência e tratamento executados por ONGs referiam-se a alojamento para pacientes em tratamento fora do domicílio, grupos de apoio, reinserção social, apoio para geração de renda, apoio domiciliar, apoio psicossocial, serviços de saúde mental e assistência voltados para a avaliação e aderência à terapia antirretroviral, além da criação de casas de apoio para pessoas vivendo com HIV/Aids (BARROS, 2013, p.144).

O envolvimento das ONGs mostrou-se, conforme os relatórios de avaliação da instituição financeira (BANCO MUNDIAL, 2003), de extrema importância para alcançar os grupos considerados mais vulneráveis. Nesse contexto, autores como Barros (2013), destacam o aumento de ONGs/Aids financiadas entre o primeiro e o segundo acordo de empréstimo. Fica demonstrada, portanto, a intensa relação de dependência financeira que se estabeleceu entre essas organizações e o governo brasileiro – via aportes financeiros do BM - no contexto do enfrentamento da Aids.

É relevante mencionar, ainda, que, não obstante o forte apelo do BM pela presença das ONGs nas ações de controle à epidemia de HIV/Aids que se desenhavam no País via projetos, o Brasil já se destacava pela relação próxima que estabelecia com a sociedade civil no contexto do enfrentamento à síndrome (LAURINDO LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015a; 2015b).

O projeto Aids III, por sua vez, vigente entre 2004-2007, previa um valor de US\$ 200 milhões (sendo US\$ 100 milhões fruto de empréstimo do BM), e apresentava como objetivos, a redução da incidência de DSTs e HIV e a melhora da qualidade de vida das PVHA, através do fortalecimento da sustentabilidade da resposta nacional.

Para atingir os objetivos previstos em seu escopo, o terceiro acordo diretamente firmado entre o Banco e o Brasil, direcionou o foco das atividades preventivas para as populações consideradas mais vulneráveis ao HIV/Aids (entre as quais, à época, estavam incluídas as mulheres, devido a fenômenos da heterossexualização e feminização da epidemia), bem como, investiu fortemente em políticas e ações voltadas à proteção dos direitos humanos das PVHA.

Conforme ressaltam Pereira e Nichiata (2011, p. 3.254),

Os projetos Aids I e II desenvolveram, sobretudo, ações de prevenção em HIV/Aids, em que quase metade dos recursos estava diretamente relacionado [sic] à prevenção, sendo cerca de 34% dedicados a serviços de tratamento e o restante voltado para o desenvolvimento institucional, a vigilância e a pesquisa. Nessa

direção, as principais metas do projeto Aids III foram: a melhoria da cobertura e da qualidade das intervenções de prevenção e assistência; fortalecimento dos gastos do PN-DST/Aids com o monitoramento e avaliação das ações, e introdução de novas tecnologias no campo de vacinas e tratamento.

Foi por meio dos projetos Aids I, Aids II e Aids III que se mobilizou mais recursos técnicos e financeiros com vistas a controlar a epidemia de HIV/Aids em âmbito nacional. Esses três projetos que, juntos, cobriram um período de 13 anos (1994-2007), são reconhecidos, internacionalmente, como modelos de sucesso (HARMAN, 2010).

6.3 Modelos de gestão baseados nas orientações do BM

No que concerne à gestão da política brasileira de Aids, abordaremos, neste tópico, o planejamento, monitoramento e avaliação (M&A) e sustentabilidade financeira.

6.3.1 O planejamento no PN-DST/Aids

Os convênios junto ao Banco Mundial previam, de modo geral, melhoramento da gestão, por meio do incremento do planejamento e da capacidade administrativa. Esses elementos podiam ser observados já no Nordeste II, no qual anteviam, para o desenvolvimento dessas atividades, assistência técnica e capacitação.

Pouco antes da aprovação do Aids I, em 1993, deu-se início à implementação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A partir desse sistema tornou-se possível notificar os casos de Aids, hepatites virais e algumas doenças sexualmente transmissíveis, permitindo que gestores em todos os níveis registrassem, processassem e analisassem informações acerca dessas morbidades.

Com esses dados em mãos, estados e municípios selecionados para integrar o Aids I puderam embasar seus planos de ação no âmbito do HIV/Aids.

Ao longo da implementação dos convênios eram apresentados ao Banco Mundial os chamados Planos Operacionais de Ação (POA), a partir dos quais o PN-DST/Aids apresentava as metas, objetivos, atividades por instâncias de governo e planos financeiros.

Com a implantação da Plnc, em 2003, foram estabelecidos os Planos de Ações e Metas (PAM), documentos que deveriam ser redigidos por cada uma das instâncias governamentais (estados, municípios e DF), apresentando perfil epidemiológico local, metas, objetivos, atividades a serem realizadas no ano posterior à apresentação do plano, dificuldades e limitações encontradas no ano corrente e previsão de recursos.

As diferenças entre um modelo e outro de planejamento - POA e PAM – não se limitam ao feito de que o primeiro é centralizado, enquanto o outro é descentralizado, mas, também, relacionam-se ao fato de que no primeiro caso, porquanto diretamente ligados a organismos internacionais, os projetos de cooperação abrangiam dimensões – dentre elas: elaboração e negociação dos custos dos projetos, execução financeira, monitoramento, avaliação e prestação de contas tornam-se mais burocráticas e inflexíveis (PIRES, 2006; TAGLIETTA, 2006; FONSECA, 2007).

6.3.2 O Monitoramento e a Avaliação no PN-DST/Aids

A necessidade de instaurar um sistema de monitoramento e avaliação precede a implementação do Nordeste II. De acordo com o relatório referente à execução do convênio (BRASIL, 1998), o governo brasileiro não desenvolveu um conjunto de indicadores a serem utilizados para monitorar e avaliar a reforma setorial

e institucional previstas, o que repercutiu negativamente, não apenas na avaliação do projeto, mas, também, em sua implementação.

A partir dessa experiência, o BM estabeleceu que não seria adequado nem eficaz implementar um sistema de M&A específico para um único projeto, sem existir um sistema institucionalizado. Razão pela qual o Banco passou a cobrar do governo brasileiro um maior compromisso com o sucesso da implementação e dos resultados dos projetos por ele financiados.

Quando o Aids I foi conveniado, previu-se cerca de US\$ 16,2 milhões, algo em torno de 7% do custo total do projeto, para vigilância, pesquisa e avaliação. A partir de então, todos os demais convênios junto ao BM passaram a prever recursos substantivos para a elaboração de indicadores e a realização de monitoramento e avaliação dos projetos.

Em 2003, com a implementação da Pinc (BRASIL, 2002), o monitoramento e avaliação das ações destinadas ao enfrentamento do HIV/Aids, assim como o planejamento, também passaram a ser descentralizadas, tornando-se atribuição dos estados, DF e municípios.

6.3.3 A sustentabilidade do PN-DST/Aids

De acordo com relatório produzido pelo Banco Mundial (1998), durante as décadas de 1970 e 1980, o governo brasileiro lançou uma série de programas para corrigir a desigualdade e ineficiência identificadas no sistema de saúde nacional. Entre essas estratégias encontravam-se a criação de novos fundos para serviços básicos de saúde e a implementação de um Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O SUDS, por meio do decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987 (BRASIL, 1987), surge como uma iniciativa do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para universalizar a sua assistência, haja visto que, à época, beneficiava unicamente trabalhadores vinculados à economia formal e, portanto, que tinham “carteira de trabalho assinada”, assim como seus dependentes (PAIM, 1989; SOUZA, 2002).

Com o SUDS pretendia-se unificar os recursos e programas das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e recursos de saúde destinados ao INAMPS, atribuindo às SES as responsabilidades pela execução das ações de saúde em seus respectivos estados (PAIM, 1989; SOUZA, 2002). Credita-se às reformas realizadas no contexto da institucionalização do SUDS, um aumento considerável de recursos setoriais destinados às SES e, com isso, um maior redirecionamento de recursos financeiros para programas básicos de saúde (SOUZA, 2002).

Via-se, nesse contexto, o governo brasileiro dar mais um passo em direção à descentralização das responsabilidades setoriais. De modo que, enquanto caberia à União, instituir, manejar e monitorar o cumprimento de normas, aos níveis subnacionais, devolvia-se, cada vez mais, as funções operacionais relacionadas às políticas públicas.

Em 1988, a Constituição Federal (CF/88) instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) em nível nacional, a partir do qual ficou estabelecido que caberia ao Estado garantir saúde à toda população brasileira. A cobertura universal, preceito já previsto pelo SUDS, se daria, em território nacional, através da descentralização, ou seja, da “transferência de autoridade e responsabilidade, no que diz respeito a funções públicas do governo central para governos locais ou intermediários, para organizações governamentais semi-independentes e/ou para o setor privado” (ALMEIDA, 2005, p.30). Em vários setores os governos subnacionais (DF, estados, municípios) passaram, dessa forma, a assumir responsabilidades crescentes no tocante à implementação e à gestão de políticas previamente definidas pela União (LUI; SCHABBACH, 2020).

Como visto no capítulo anterior, os primeiros programas direcionados ao controle da epidemia de HIV/Aids surgem em nível subnacional, no início da década de 1980 no Brasil. Posteriormente, em meados da década de 1990, o MS passou a concentrar tanto poder decisório quanto de financiamento das ações voltadas ao enfrentamento da epidemia de HIV/Aids, esforçando-se para institucionalizar as resoluções e relações estabelecidas anteriormente. O PN-DST/Aids, cuja estruturação deve-se ao convênio Nordeste II, teve sua atuação fomentada pela assinatura do Aids I (GALVÃO, 2000; GALVÃO, 2002; BANCO MUNDIAL, 2004; GRANGEIRO, 2010). Esse acordo, assim como os dois posteriores, foi estratégico

tanto para a consolidação e expansão da resposta nacional em todas as regiões do País, quanto para o fortalecimento do Programa Nacional de Aids no âmbito do MS.

Uma vez que o PN-DST/Aids atuava, desde o início, através de recursos oriundos de empréstimos realizados junto a OI, fruto de convênios, esse montante era administrado diretamente entre o gestor do PN e o BM, fazendo, nesse sentido, um percurso distinto daquele que é próprio do dinheiro destinado aos gastos com a saúde desde a implementação do SUS. De acordo com o relatório elaborado pelo BM, todos os 26 Estados, o DF e os 39 municípios (esses últimos selecionados segundo critérios de necessidade e capacidade), poderiam se beneficiar do projeto junto ao Banco caso se comprometessem a:

[...] criar, prover de pessoal e co-financiar uma Unidade de Coordenação do Controle de HIV/Aids e DST dentro da estrutura de saúde; assinar acordos com o Ministério da Saúde definindo termos e condições das transferências (uma condição de efetividade para os primeiros cinco Estados, e uma condição de desembolso para os demais Estados e municípios); e preparar planos de operações anuais consolidados (POA) a serem aprovados pelo Banco (os desembolsos eram condicionados à inclusão de atividades no POA) (BANCO MUNDIAL, 1998).

É relevante mencionar que tanto o processo de transferência direta de recurso de projeto/convênio para entes subnacionais selecionados, como a contratação de ONGs (via um processo competitivo) eram, à época do Aids I, inovações no Brasil, concebidas junto ao BM, “para possibilitar uma abordagem multissetorial na luta contra o HIV/Aids e conferir maior responsabilidade aos Estados e municípios na preparação e negociação de POAs elaborados no nível local” (BANCO MUNDIAL, 1998).

Embora esse período marque importantes conquistas no que diz respeito ao enfrentamento à epidemia no País, com avanços nos campos preventivos, assistenciais e de tratamento, o modelo de financiamento que subsidiava a resposta nacional foi criticado por ser considerado limitado, burocrático e pouco flexível, uma vez que as regras de financiamento do Banco Mundial, além de complexas, contrastavam com as premissas constitucionais que regem a saúde brasileira, em particular (PIRES, 2006; TAGLIETTA, 2006; FONSECA, 2007).

O cenário nos anos 2000 tornou-se, assim, um marco para as políticas de HIV/Aids. Nesse período, considerando-se os limites relacionados à complexa

estrutura gerencial em torno do PN-DST/Aids e a sua sustentabilidade financeira, passou-se a delinear estratégias de descentralização do poder decisório e do financiamento, reduzindo assim, a atuação do Ministério da Saúde nas respostas locais à epidemia. As políticas de descentralização ganharam ênfase no contexto de negociações em torno do que seria o Segundo Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial (Aids II), em 2002, cujas diretrizes enfatizavam a transferência das atribuições e dos recursos financeiros federais para o nível local, em consonância com a política nacional de saúde¹²⁴ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em 2001, o Programa Nacional de DST e Aids, do Ministério da Saúde, iniciou uma discussão envolvendo os Programas Estaduais e Municipais de DST e Aids, Organizações da Sociedade Civil (OSC) e representantes das instâncias colegiadas dos SUS, buscando novas formas de financiamento e de sustentabilidade das ações de HIV/Aids e outras DST, alinhado aos mecanismos regulares de financiamento do SUS e que permitisse uma maior abrangência populacional e de cobertura dos casos de Aids notificados no País (BRASIL, 2006, p.5).

Instituiu-se, assim, um processo de readequação da política de HIV/Aids aos preceitos e dinâmica de funcionamento – via competências compartilhadas entre as três esferas de governo – do SUS (GRANGEIRO, 2010). Nesse período, entre 1993 e 2002, com recursos oriundos do Banco Mundial, as ações de prevenção foram financiadas pelo Ministério da Saúde através do PN-DST/Aids por meio de convênios firmados junto aos estados, DF e 56 municípios considerados estratégicos, e junto, ainda, às organizações da sociedade civil via concorrência pública. Em dezembro de 2002, por meio da Portaria Ministerial nº 2.313 (Brasil, 2002), foi instituído o Incentivo aos Estados, Distrito Federal e Municípios, no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST e Aids, a partir do qual o financiamento das ações para enfrentamento da epidemia da Aids passou a ser realizado através de transferência fundo a fundo. Esse tema será aprofundado no próximo capítulo.

¹²⁴ As transferências fundo a fundo foram estabelecidas pelo Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994 (BRASIL, 1994). Desde então os repasses dos recursos do SUS são realizados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal.

6.4 Considerações Parciais

Na esteira do surgimento dos programas estaduais, nasce, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, em 1985. A partir da combinação do modelo de atuação dos programas estaduais e municipais já existentes, o PN-DST/Aids torna-se um modelo internacional, chamando a atenção de organismos financiadores, como, por exemplo, o Banco Mundial (HARMAN, 2010).

O Banco Mundial, cuja atuação enquanto financiador pode ser considerada uma das mais importantes para a implementação da política de HIV/Aids nacional, passou a destinar recursos ao controle da epidemia no Brasil a partir de 1989, através do Projeto Nordeste II. Em seguida, outros quatro convênios foram assinados: Aids I, II, III e Aids-SUS. Os recursos providos por quatro convênios reforçaram o processo de descentralização financeira aos entes subnacionais o papel das ONGs/Aids, bem como aprimoraram os mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação. Esse movimento culminou, em 2002, com o estabelecimento de um novo *settlement* (pacto) na CAE da política de Aids brasileira.

À luz da TCAE (FLIGSTEIN; McADAM, 2012), propomos que, ao longo dos anos que cobrem o período entre 1983 e 2013, ocorreram pelo menos três momentos do campo de ação estratégica da política de Aids no Brasil. O primeiro, campo emergente, foi verificado entre 1983 e 1985, quando surgiram as primeiras iniciativas estaduais sem a participação do governo federal. Nessa fase, existem três tipos de ações conforme Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a), já citados: i) políticas de saúde pública (como, por exemplo, as ações desenvolvidas por secretarias de saúde de São Paulo e Rio Grande do Sul); ii) atendimento em hospitais universitários (como ocorrera no Rio de Janeiro e em Minas Gerais) e, iii) assistência hospitalar (fenômeno identificado em vários estados brasileiros). A partir de 1986 o campo foi se institucionalizando e hierarquizando com a centralização, pelo governo federal, da política nacional. Tributário dos programas estaduais anteriormente implementados, o programa nacional de HIV/Aids centralizou as

ações direcionadas ao enfrentamento à epidemia no País não apenas política, mas, também, financeiramente. Por fim, partindo-se de um modelo hierárquico centralizado no governo federal, e com forte participação do BM (Projetos Aids I e Aids II), atingiu-se com a Lei de Incentivo (BRASIL, 2002), um novo *settlement* no CAE, hierárquico centralizado. Essa política federal, apoiada pelo Banco Mundial, alterou o fluxo das transferências de recursos do PN-DST/Aids.

Destaca-se, por fim, que a presença do BM alterou consideravelmente os arranjos institucionais em vigência, pois a partir do momento em que o OI incumbiu-se de financiar a política brasileira de enfrentamento à Aids, questões como a descentralização financeira e a importância do planejamento, do monitoramento e da avaliação a partir de indicadores passaram a fazer parte do cotidiano da gestão do HIV/Aids no País.

7 UM NOVO PACTO (*SETTLEMENT*) NO CAMPO DO HIV/AIDS NO BRASIL: A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE INCENTIVO E AS CAPACIDADES ESTATAIS REQUERIDAS

O debate em torno da descentralização financeira da política de HIV/Aids no Brasil traz duas importantes questões de fundo: enquanto alguns autores, como Pires (2006), defendem que a descentralização vem sendo pautada desde sempre em nosso País, tendo sido fortalecida como um princípio a ser seguido pelas políticas públicas, a partir da CF/88; outros, como Taglietta (2006), compreendem que essa diretriz passou a ser imposta aos países que contraíssem empréstimos com organismos internacionais, como o Banco Mundial.

Seja como for, foram necessárias quase duas décadas para que o processo da descentralização financeira da política de Aids fosse finalmente efetivado após a assinatura dos primeiros convênios junto ao BM. Taglietta (2006) argumenta, nesse sentido, que o Ministério da Saúde procurava, à época, tornar a epidemia um problema de saúde pública autônomo, antes de ‘enquadrá-la’ nas diretrizes das políticas de saúde então vigentes, examinadas nos capítulos anteriores.

É importante ressaltar que em quase 20 anos de parceria com o BM, a política de Aids no Brasil tornou-se mais do que um problema público de saúde, pois tornou-se reconhecida internacionalmente como um modelo a ser seguido pelos países pobres e em desenvolvimento (HARMAN, 2010). O que nos leva a refletir sobre o tempo que fora necessário para adaptar a política de Aids às diretrizes de saúde vigentes no Brasil.

Neste capítulo nos deteremos sobre a análise da implementação da PInc no âmbito do PN-DST/Aids, no período de 2003 a 2013, e as suas repercussões sobre as capacidades estatais dos municípios participantes da PInc. Para tanto, faz-se, inicialmente, uma incursão sobre o conceito de capacidades estatais, e oportunamente, se esclarece como foram pesquisados os municípios que produziram planos de ações e metas (PAM).

7.1 Capacidades estatais: breve conceituação

Gerado no âmbito de distintas correntes da teoria do Estado (LIMA, 2018), o debate em torno da noção de capacidades estatais é relativamente recente. Ele surge da necessidade de compreender o papel estatal na promoção do desenvolvimento econômico e social entre as décadas de 1930 e 1970, sobretudo após as duas Grandes Guerras Mundiais (GOMIDE, 2016; AGUIAR, 2018; AGUIAR; LIMA, 2019).

Sob uma perspectiva histórica, Aguiar (2018) e Aguiar e Lima (2019), apontam as mudanças conjunturais ocorridas no final da década de 1970, a partir das quais se passou a questionar o papel estatal no desenvolvimento econômico, levando o neoliberalismo a ganhar terreno. Os autores recordam que as premissas da teoria do desenvolvimento no pós-guerra preconizavam o Estado como principal promotor de mudanças estruturais, ao qual caberia, portanto, “acelerar a industrialização, modernizar a agricultura e fornecer a infraestrutura necessária à urbanização” (AGUIAR; LIMA, 2019, p.1). No entanto, o contexto de instabilidade econômica e desemprego vivenciado a partir dos anos 1990 levou “à perda de legitimidade da agenda do Estado mínimo” (AGUIAR; LIMA, idem), momento a partir do qual, “nenhuma posição sobre qual deveria ser o papel do Estado para o desenvolvimento adquiriu hegemonia teórica ou política – sobretudo após a crise financeira de 2008-2009” (AGUIAR; LIMA, ibidem).

Foi no contexto do debate sobre modernização e subdesenvolvimento (MANN, 1984; EVANS; RUESCHEMEYER; SKOCPOL, 1985; EVANS; RAUCH, 1999) que o conceito de capacidade estatal surgiu como “categoria analítica de afirmação da autonomia estatal” (LIMA, 2018, p. 2), vez que, conforme Aguiar (2018, p. 20), os debates promovidos por esses intelectuais incorporaram:

[...] o entendimento de que os atributos do Estado são necessários, mas insuficientes para, por exemplo, a produção de bens e serviços públicos. Em outras palavras, a existência de atributos não seria suficiente para modernizar os países, mas seria necessária a criação de mecanismos capazes de viabilizar o poder do Estado e fazê-lo chegar a diversos grupos sociais e territoriais. Entre esses mecanismos estaria a construção de burocracias profissionais. Tais contribuições constituíram o que ficou conhecido como capacidade estatal.

Lima (2018) salienta que, na esteira dos incipientes debates travados pelo neoinstitucionalismo, que lançaram luz sobre o Estado em oposição às abordagens societais predominantes até meados do século XX, prevaleciam estudos com teorias sem a efetiva incorporação daquele. O autor, fundamentando-se em Skocpol (1985), argumenta que em oposição a essas teorias sociocêntricas, o neoinstitucionalismo “propõe uma teoria do Estado mais estadocêntrica, isto é, que não seja exclusivamente preocupada nos interesses, posições ou classes sociais” (LIMA, 2018, p.1).

A abordagem neoinstitucionalista chama atenção para a materialidade própria do Estado, que, embora seja influenciado por vetores da economia e da sociedade, não se confundem [sic] com esses. Clama para que o Estado seja concebido como objeto de estudo em si mesmo, isto é, com agentes, processos políticos, mecanismos de funcionamento próprios a ele, que não são mera transposição das fronteiras com modos de produção, classes ou grupos de interesses e cuja ação impacta diretamente sobre conflitos e estruturas sociais e econômicas (LIMA, 2018, p.1).

Dessa forma, o Estado, no âmbito do neoinstitucionalismo, é considerado um ator dotado de agência própria, concebido, portanto, enquanto um ente capaz de formular e implementar objetivos próprios, não precisando submeter-lhes, necessariamente, aos interesses de classes, grupos sociais ou da sociedade (SKOCPOL, 1985; MANN, 1986; HALL; TAYLOR, 2003; LIMA, 2018).

Ao se dizer que o Estado tem autonomia, estava-se defendendo uma materialidade própria, ou ainda, da [sic] existência de uma substância estatal, um elemento de *stateness* (FUKUYAMA, 2004). Nesse contexto, a locução “capacidades estatais” é primeiramente utilizada pelo neoinstitucionalismo histórico (SKOCPOL, 1985) na tentativa de “abrir a caixa preta” do Estado (LIMA, 2018, p.1-2).

Segundo a perspectiva de Lima (2018, p. 2), a autonomia estatal seria o resultado “entre dois vetores aparentemente antagônicos: *performance* da intervenção econômica e social e suporte político”. De acordo com essa abordagem, poder-se-ia relacionar as capacidades estatais “ao insulamento das agências burocráticas, não dos grupos de interesses, mas das pressões políticas (pessoais e partidárias) clientelistas que tentam se apropriar dos recursos dessas organizações” (GEDDES, 1996 *apud* LIMA, *idem*).

Ainda que em um contexto moldado por práticas democráticas e pela globalização, o Estado permanece sendo um ator relevante para o desenvolvimento socioeconômico dos países, razão pela qual se faz necessário compreender o papel e os impactos das políticas públicas (GOMIDE; PEREIRA; MACHADO, 2018). Na medida em que se reconhece essa relevância, Gomide, Pereira e Machado (2018, p. 85), embasando-se em Fukuyama (2013) e Marques (2013), apontam para uma “‘estranha ausência’ de estudos sobre o funcionamento do Poder Executivo e da burocracia governamental na ciência política contemporânea, implicando a necessidade de melhor entendimento sobre os processos e as dinâmicas internos ao Estado”. Nesse sentido, segundo os autores, o estudo acerca das capacidades estatais “esclarece como autores, instituições e processos são mobilizados e combinados na produção de políticas públicas” (GOMIDE; PEREIRA; MACHADO, 2018, p. 85).

Assim, definido conforme as tradições teóricas e/ou intenções analíticas (CINGOLANI, 2013), o conceito de capacidades estatais permite, segundo Pires e Gomides (2016), a identificação de ao menos duas gerações de análise.

Uma primeira geração de estudos, de escopo mais amplo, apoia-se sobre a perspectiva de que o conceito se refere à “criação e à manutenção da ordem em um determinado território, o que, por sua vez, exige um conjunto de medidas para a proteção da soberania, como administrar um aparato coercitivo, arrecadar tributos e a administrar um sistema de justiça” (PIRES; GOMIDE, 2016, p.123). Desse modo, em um nível macro, o conceito de capacidade estatal, tem sido empregado, para explicar “situações em que os Estados emergem, gerenciam conflitos internos e externos e transformam suas sociedades e economias” (TILLY, 1975; SKOCPOL, 1979; LEVI, 1988 *apud* PIRES; GOMIDE, 2016, *idem*).

A segunda geração de estudos identificada por Pires e Gomide (2016), ancora-se sobre a concepção de que o conceito de capacidades estatais busca refletir “sobre as capacidades que os Estados – que já superaram seus estágios iniciais de construção – possuem (ou não) para atingir, de forma efetiva, os objetivos que pretendem por meio de suas políticas públicas, como a provisão de bens e serviços públicos” (MATTHEWS, 2012 *apud* PIRES; GOMIDE, 2016, p.123).

Os autores (PIRES; GOMIDE, 2016) chamam atenção para o fato de que, em um nível micro, muitos analistas referem-se à segunda abordagem, em oposição à

primeira, como as capacidades do “Estado em ação”, visto que é a partir delas que são identificados os problemas, são formuladas as soluções, executadas as ações e entregues os resultados relacionados às políticas públicas. Nesse cenário, Pires e Gomide (Idem, p. 123), amparando-se em autores referenciais, salientam que a “produção de políticas envolve atores, instrumentos e processos que, coordenados, capacitam o Estado para a produção de políticas públicas (SKOCPOL; FINEGOLD, 1982; SKOCPOL, 1985; MANN, 1993; EVANS, 1995; GEDDES, 1996 *apud* PIRES; GOMIDE, 2016).

Diante da complexidade do conceito aqui exposto, é possível encontrarmos distintas formas de operacionalizá-lo. Um exemplo é o trabalho de Marengo et al (2017, p.14) que adotou em sua análise “uma definição restrita de capacidades estatais, relacionando-a à escala de profissionalização da burocracia governamental, entendida enquanto combinação de autonomia profissional e capacidade técnica”.

Nós, por outro lado, optamos por uma definição mais ampla. É importante salientar que, diante das diferenças apresentadas pelas duas gerações citadas por Pires e Gomides (2016, p. 124), há elementos comuns que precisam ser preservados, tais como: “a preocupação com as habilidades e competências do Estado de estabelecer seus objetivos e realizá-los”. Esse é o conceito a partir do qual operacionalizaremos a noção de capacidade estatal.

É preciso especificar, contudo, que, uma vez que nosso foco está sobre a dimensão do planejamento, nos deteremos sobre a capacidade técnica dos municípios que se integraram à Plnc estabelecerem seus objetivos quanto à política de Aids em nível local, bem como de monitorá-la de forma sistemática.

7.2O processo de implementação da Política de Incentivo

De acordo com Taglietta (2006), em 2002, ao final do Projeto Aids II, 26 estados, o Distrito Federal e 150 municípios possuíam convênio com o Ministério da Saúde. Esses 177 convênios, por estarem vinculados a acordos de empréstimo com a Oi, não apenas traziam as “amarras impostas pela legislação brasileira”

(TAGLIETTA, 2006, p. 7) – Instrução Normativa 01/97 (BRASIL, 1997)-, como, também, incorporavam as normas e diretrizes do agente financiador, o Banco Mundial.

Em sua análise sobre a PInc, o autor salienta que as normas do BM diferem, em sua maioria, das impostas pela legislação brasileira, o que complexificava o processo de elaboração do plano de trabalho, sua execução, a prestação de contas e seu monitoramento (TAGLIETTA, 2006).

Enquanto a legislação brasileira distribui o orçamento público por natureza de despesa (também conhecida por rubrica orçamentária), o BIRD distribui os recursos em categorias de despesa, nas quais podem ser agrupadas despesas enquadráveis em mais de uma natureza de despesa. Um bom exemplo é a categoria de despesa usada pelo BIRD denominada treinamento, na qual podem se agrupar despesas enquadráveis em pelo menos cinco naturezas de despesa definidas na legislação brasileira: (i) outros serviços de terceiros – pessoa jurídica, (ii) outros serviços de terceiros – pessoa física, (iii) material de consumo, (iv) diárias e (v) passagens (TAGLIETTA, 2006, p.9).

Além dos problemas relacionados à prestação de contas, essa situação gerava lentidão no processo de transferência de recursos federais aos estados e municípios.

Para se ter uma ideia da dimensão do que estamos falando, o volume de recursos programados nos Planos Operativos Anuais (POA), que lastreavam tecnicamente os convênios, era da ordem de 68,3 milhões de reais (1999 a 2002). Já a transferência realizada, no ano de melhor desempenho (2000), foi da ordem de 47 milhões de reais (TAGLIETTA, 2006, p.10).

Sobre a necessidade de alterar o modelo de financiamento da política de Aids, o autor destaca que, ao longo do período em que os projetos com o BM foram implementados a grande imposição identificada pelo Ministério da Saúde era:

[...] reconhecer e dar visibilidade à Aids como um problema de saúde pública. O fato do mecanismo utilizado para repassar recursos para estados, Distrito Federal e municípios, para financiar as ações descentralizadas para o controle desses agravos, ser diferente do utilizado para as demais ações de saúde no país configurava-se como um problema secundário, não desejado, porém, não capital (TAGLIETTA, 2006, p.10).

Foi, portanto, a partir dos projetos Aids I e II que se passou a pensar na necessidade de descentralizar a política de DST/Aids no Brasil. Para Pires (2006), no entanto, não se pode atribuir completamente ao BM a influência pelo processo de descentralização financeira, vez que o tema da mesma forma como sempre constou

“no vocabulário dos organismos internacionais como diretriz prioritária”, sempre foi corrente em nosso País (PIRES, 2006, p. 81).

Para a autora, a diferença mais importante nesse processo está em identificar e desatrelar a descentralização como princípio e da descentralização como diretriz. No primeiro caso,

[...] sua concretização torna-se o objetivo prioritário no desenho de uma determinada política. Achamos que a política de saúde, considerando sua legislação, tomou a descentralização como princípio, até um recente processo de reavaliação, que orientou a publicação da Portaria Ministerial nº 399 de 2006 – do Pacto pela Saúde (PIRES, 2006, p. 82).

Já a descentralização tomada como diretriz,

[...] parece-nos que se configura como um meio para o alcance de determinados resultados. Pelo exposto até aqui, consideramos que o Programa Nacional se aproxima mais desse entendimento: considerando, por exemplo, a distribuição dos recursos (oriundos do Acordo) e a autonomia que os estados e os municípios exercitaram na elaboração dos seus Planos (PIRES, 2006, p. 82).

Taglietta (2006), cuja defesa encontra-se sobre o fato de que a prioridade do Programa Nacional e do Ministério da Saúde estava em tornar a Aids um problema de saúde pública, argumenta, ainda, que, após os primeiros 19 anos de epidemia no País, tendo a Aids modificado seu perfil de forma importante durante esse período (atingindo um maior número de heterossexuais, sendo disseminada entre populações com menor poder aquisitivo e de menor escolaridade, e entre mulheres), tornou-se imprescindível implementar políticas integradas com o objetivo de enfrenta-la.

Emerge, então, com grande importância, a necessidade de promover a integração das ações específicas em DST/Aids com as demais ações de saúde de todos os níveis de complexidade, bem como promover maior descentralização, não somente das ações, mas da gestão dos processos relacionados ao controle do HIV/Aids e outras DST (TAGLIETTA, 2006, p.11).

Assim, em dezembro de 2002, por meio da Portaria Ministerial nº 2.313, foi instituído o Incentivo aos Estados, Distrito Federal e Municípios, no Âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST (BRASIL, 2002), a partir do qual o financiamento das ações para enfrentamento da epidemia da Aids passou a ser

realizado através de transferência fundo a fundo (Quadro 5). Dessa forma, os recursos são repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, de acordo com a lógica estabelecida pela legislação do SUS. A partir dessa portaria, o governo federal previa alocar cerca de US\$ 100 milhões/ano para o custeio das ações programáticas executadas pelas coordenações estaduais e municipais de DST/Aids, e para o financiamento de projetos em parceria com a sociedade civil (BARBOZA, 2006).

Quadro 5: Normas referentes à Plnc (2002-2013)

Normas	Conteúdo
Portaria nº 2.313, de 19 de dezembro de 2002 (BRASIL, 2002a)	Institui Incentivo para estados, DF e municípios no âmbito do PN-DST/Aids.
Portaria nº 2.314, de 20 de dezembro de 2002 (BRASIL, 2002b)	Aprova as normas técnicas relativas à Portaria nº 2.313 (BRASIL, 2002a). De acordo com o documento, a norma técnica é necessária vez que há “a necessidade de padronizar os instrumentos para a elaboração dos Planos de Ações e Metas, principal documento para o pleito ao Incentivo para estados, DF e municípios no âmbito do PN-DST/Aids, de modo a permitir monitoramento e acompanhamento sistematizados, dada a diversidade no perfil da epidemia e dos atores envolvidos na resposta a essa epidemia no país”.
Portaria nº 1.071, de 09 de julho de 2003 (BRASIL, 2003a)	Altera a redação do §2º do art. 1º da Portaria nº 2.313 (BRASIL, 2002) acerca da aquisição da fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV.
Portaria nº 2.129, de 06 de novembro de 2003 (BRASIL, 2003b)	Altera os valores de referência constantes do Anexo 1 da inicial Portaria nº 2.313, elevando os valores para R\$ 75 mil àqueles municípios com valores de referência inferior a esse montante e aumentando em 33% os valores de referência para os estados e municípios da região Norte e Nordeste.
Portaria nº 1.679, de 13 de agosto de 2004 (BRASIL, 2003c)	Aprova as normas relativas ao Sistema de Monitoramento da Plnc no âmbito do PN-DST/Aids.
Portaria nº 1.680, de 13 de agosto de 2004 (BRASIL, 2004a)	Altera o art.1º da Portaria original, que trata do repasse dos recursos do Incentivo.
Portaria nº 1.824, de 2 de setembro de 2004 (BRASIL, 2004b)	Regulamenta os recursos adicionais destinados a estados, DF e municípios, qualificados para o Incentivo para o financiamento das ações desenvolvidas por Casas de Apoio para adultos vivendo com HIV/Aids.
Portaria nº 2.190, de 09 de novembro de 2005 (BRASIL, 2005)	Altera a relação dos municípios e os valores de referência às normas do Incentivo para estados, DF e municípios.
Portaria nº 2.802, de 18 de novembro de 2008 (BRASIL, 2008)	Altera os valores da fórmula infantil.

Normas	Conteúdo
Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009a)	Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, DF e municípios e dá outras providências.
Portaria nº 3.261, de 23 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009b)	Estabelece procedimentos para suspensão do repasse dos recursos financeiros do Bloco de Vigilância em Saúde aos municípios que ainda não aderiram ao Pacto pela Saúde e dá outras providências.
Portaria nº 2.555, de 28 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011a)	Dispõe sobre o Incentivo financeiro destinado ao custeio das ações desenvolvidas por Casas de Apoio para PVHA (Casas de Apoio)
Portaria nº 2.849, de 02 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b)	Define valores no Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS) para financiamento das ações de vigilância, promoção e prevenção das hepatites virais.
Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013 (BRASIL, 2013a)	Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, DF e municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
Portaria nº 1.708, de 16 de agosto de 2013 (BRASIL, 2013b)	Regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos estados, DF e municípios.
Portaria nº 3.276, de 26 de dezembro de 2013 (BRASIL, 2013c)	Regulamenta o Incentivo Financeiro de custeio às ações de Vigilância, prevenção e controle das DST/Aids e Hepatites Virais, com a definição de critérios gerais, regras de financiamento e monitoramento.

Fonte: Elaboração própria a partir de consulta ao site oficial da Plnc. (www.sistemas.aids.gov.br/incentivo)

O documento “Orientações sobre o sistema de monitoramento da política de incentivo no âmbito do Programa Nacional de DST/HIV/Aids” (BRASIL, 2006) divulgou as seguintes prioridades a serem reforçadas pela Plnc:

- Melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos às pessoas que vivem com HIV/Aids e outras DST;
- Redução da transmissão vertical do HIV;
- Redução da transmissão vertical da sífilis;
- Aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento das DST;
- Aumento da cobertura do diagnóstico da infecção pelo HIV;
- Redução do estigma e da discriminação;
- Melhoria da gestão/sustentabilidade.

- Aumento da cobertura das ações de prevenção para populações consideradas mais vulneráveis para o HIV/Aids: profissionais do sexo, gays e outros HSH, UD/UDI, mulheres transgênero, travestis, jovens, população negra, população indígena, populações que cumprem medidas socioeducativas (sejam crianças, jovens ou adultos), outras populações.
- Aumento da cobertura das ações de prevenção na população em geral;
- *Advocacy* e controle social;
- Outras ações.

Para que a Plnc fosse efetivamente implementada foram selecionados, em 2002, além dos 26 estados e o DF, 415 municípios considerados epidemiologicamente estratégicos para o controle da Aids no País. No ano de 2003, momento em que a política foi, de fato, executada, os municípios habilitados concentravam 86,9% dos casos notificados de Aids no Brasil (BARBOZA, 2006). A partir de novembro de 2005, com a Portaria nº 2190 (BRASIL, 2005), outros 93 municípios foram incorporados à Plnc, totalizando 508 municípios.

De acordo com as portarias Nº 2313 e 2314 de dezembro de 2002 (BRASIL, 2002a, 2002b), os critérios de seleção dos estados, DF e municípios eram os seguintes:

- a) Magnitude da epidemia de Aids no respectivo território;
- b) Capacidade de planejamento das ações;
- c) Estabelecimento de metas coerentes com as tendências epidemiológicas da Aids no território;
- d) Definições dos processos de descentralização e regionalização baseados na NOB/96 (BRASIL, 1996) e na NOAS/02 (BRASIL, 2002).

Conforme Barboza (2006), a fim de compor o conjunto de municípios a ser beneficiado por essa modalidade de financiamento, o Ministério da Saúde considerou critérios como: a magnitude da epidemia, o número total de casos de Aids entre 1988 e 2000 e a velocidade de crescimento da Aids, no período de 1991 a 1998. Do mesmo modo, eram elegíveis os municípios que participaram dos convênios do MS com o Banco Mundial (Projetos Aids I e II). Nesse último caso, o

objetivo era verificar a capacidade institucional na implementação das ações planejadas (BARBOZA, 2006).

Assim, uma vez eleitos a participar da Plnc, os estados, DF e municípios deveriam demonstrar os seguintes requisitos (BARBOZA, 2006), ou capacidades estatais a serem registradas em planos de ações e metas:

- a) Existência de equipe técnica responsável pelo planejamento e gerenciamento das ações programáticas em DST/Aids, reconhecida por ato normativo do gestor de saúde local;
- b) Compromisso com a implementação do plano de ação, assegurando o acesso e a qualidade dos serviços de saúde designados para a atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids;
- c) Pactuação entre o município beneficiado pelo recurso do incentivo e os municípios que referenciam demandas, segundo o Plano Diretor de Regionalização do Estado e a NOAS/02 (BRASIL, 2002);
- d) Compromisso com a alocação e a aplicação dos recursos próprios para DST/Aids exigidos pela portaria, segundo o percentual da referida região administrativa;
- e) Compromisso com o fortalecimento dos mecanismos de participação da sociedade civil vinculada às ações de DST/Aids, articuladas aos respectivos Conselhos de Saúde, nas fases de planejamento, monitoramento e avaliação do PAM;
- f) Pactuação aprovada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com a definição da responsabilização dos estados e dos municípios na aquisição e gerenciamento logístico dos medicamentos, para o tratamento das infecções oportunistas em Aids e também das demais DSTs.

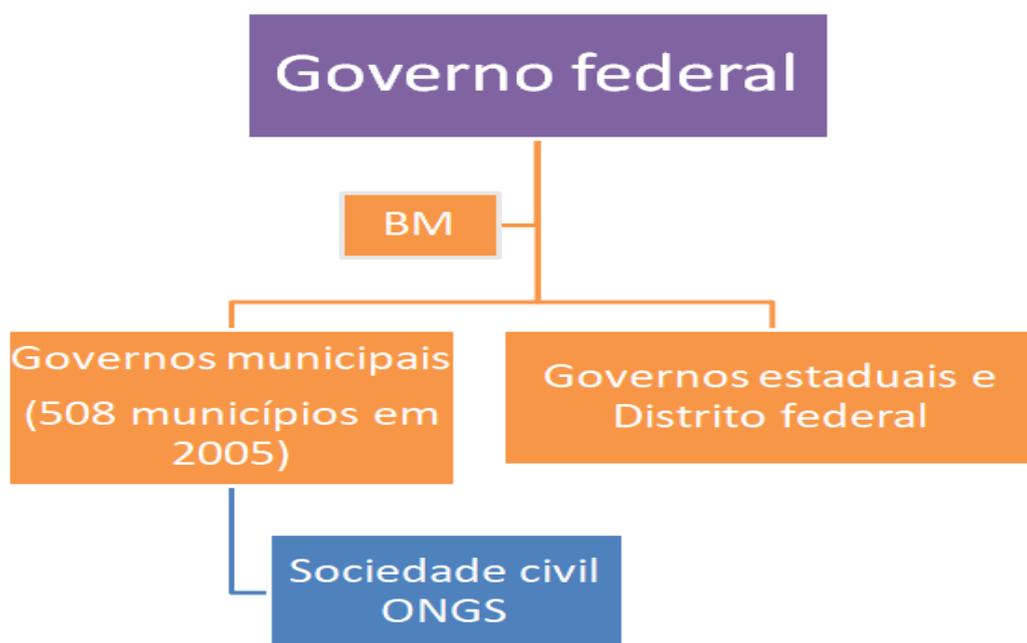
Acredita-se que o processo de implementação da Política de Incentivo em HIV/Aids e outras DST – iniciado entre os anos 2002 e 2003 e ampliado em 2005/2006 (com a incorporação dos 508 municípios), , representou uma das estratégias de descentralização que mais impactou no processo de redefinição das atribuições dos diferentes níveis de governo (PIRES, 2006; TAGLIETTA, 2006). Essa Política tem o objetivo de favorecer a pactuação de planos e metas entre gestores do SUS, nos diversos níveis de governo, procurando respeitar os distintos

graus de autonomia e responsabilidades de cada um deles, bem como suas capacidades de implementação. A partir dessa modalidade de financiamento instaurada pela Plnc, voltada à execução estadual e municipal das ações em torno do HIV/Aids, a elaboração de Planos de Ações e Metas (PAM), examinados adiante, tornou-se uma exigência para efetivação do repasse aos governos subnacionais.

Pela sua magnitude e impacto no CAE, considera-se que a Plnc representou um novo pacto ou assentamento (*settlement*, no dizer de FLIGSTEIN; McADAM, 2012) no contexto da política de HIV/Aids brasileira, cujos desdobramentos se estendem até hoje (Figura 8).

Figura 8: Campo consolidado/maduro – Fase 2. Estrutura hierárquica descentralizada, instalação de um novo *settlement* com a Lei de Incentivo (BRASIL, 2002)

Fonte: Elaboração própria à luz da TCAE (FLIGSTEIN; McADAM, 2012).



Essa fase caracteriza-se pela descentralização política-financeira promovida pela Lei de Incentivo e pelo financiamento fundo a fundo, garantindo, com isso, o alinhamento da PN à lógica de descentralização do SUS. Há, também, um investimento nas capacidades estatais direcionadas ao planejamento e monitoramento da política em questão. Em contrapartida, pontuamos o declínio da

participação do BM e a conseqüente redução dos recursos financeiros destinados ao enfrentamento da doença.

7.3 Sobre o Plano de Ações e Metas (PAM)¹²⁵

Os PAM deveriam ser apresentados pelo gestor de saúde local e aprovado pelos conselhos de saúde dessa mesma instância. Em paralelo, demandavam um sistema de monitoramento que acompanhasse o alcance das metas propostas, sua execução financeira, o cumprimento das pactuações para aquisição de medicamentos e preservativos e a evolução de indicadores relacionados às ações de controle do HIV/Aids e DST (BRASIL, 2013).

Nesse plano os estados, DF e municípios apresentavam um “diagnóstico da realidade epidemiológica, a partir do qual analisavam os avanços e os desafios relacionados ao controle da epidemia e à capacidade instalada para atenção às DST/HIV/Aids” (BARBOZA, 2006, p. 12). Na seqüência, definiam as metas, os resultados esperados e os meios de verificação de seu alcance, selecionando as áreas de atuação e as ações prioritárias que seriam custeadas com os recursos da Plnc (BARBOZA, 2006).

Ainda conforme Barboza (2006), os resultados esperados do PAM foram vinculados a três áreas, sendo elas: promoção e prevenção, desenvolvimento institucional e assistência. Havia ainda a possibilidade de serem elaboradas ações em parceria com organizações da sociedade civil, no entanto, essas eram obrigatórias apenas para os estados.

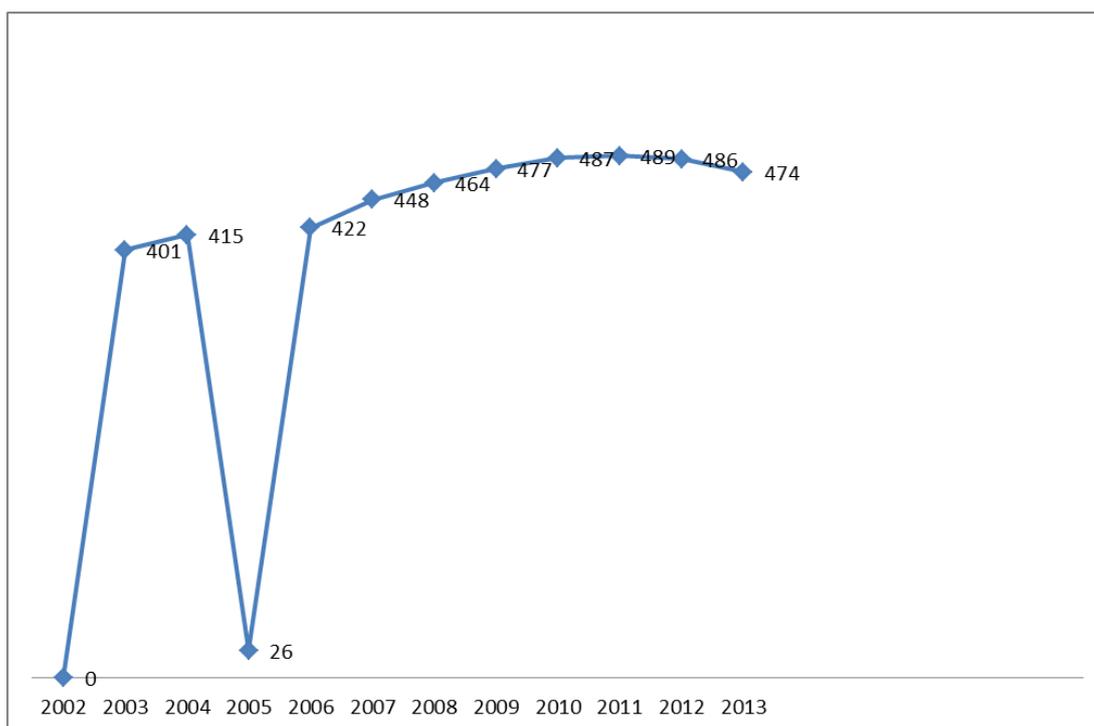
Efetivamente, a Plnc esteve vigente até 2013, quando, por meio da Portaria 1378 (BRASIL, 2013), as ações de DST/HIV/Aids passaram a fazer parte do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde e os critérios para recebimento do recurso não mais requeriam o preenchimento e a aprovação do PAM, mas, sim, a certificação nos sistemas já tradicionais do SUS – SINAN, SINASC e SIM. No

¹²⁵ Informações sobre como acessar na *web* o PAM por municípios e estados estão disponíveis no Apêndice F.

entanto, no sistema da Plnc podemos encontrar informações até o ano de 2018, entretanto, os PAM de 2014 a 2018 constam como não preenchidos. Por essa razão, a nossa pesquisa nesses instrumentos cobriu o período de 2003 a 2013.

Ao longo de 10 anos de implementação da Plnc, nem todos os 508 municípios habilitados encaminharam, em todos os anos da série, o PAM ao MS, conforme podemos verificar no gráfico 16, que mostra um máximo de 489 municípios com PAM em 2011, correspondendo a 96% dos habilitados. Também se observa que, embora as primeiras normativas referentes à Plnc datem de dezembro de 2002 (ver Quadro 5), o registro e envio dos PAM iniciou, de fato, em 2003.

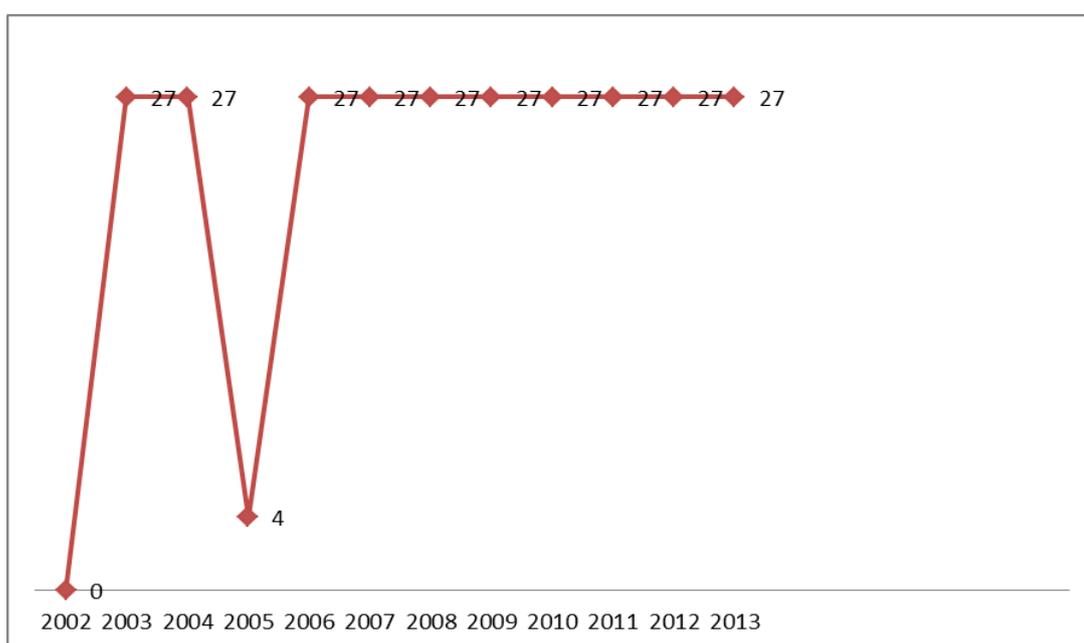
Gráfico 14: Brasil – Nº absoluto de municípios com PAM, 2002 a 2013



Fonte: Elaboração própria, baseada nos dados disponibilizados em www.sistemas.aids.gov.br/incentivo

A participação dos estados e do DF, contudo, foi mais efetiva ao longo desses 10 anos de implementação (Gráfico 15), com todas as unidades federativas participando de quase totalidade dos anos, exceto 2005.

Gráfico 15: Brasil – Nº absoluto de unidades federativas com PAM, 2002 a 2013



Fonte: Elaboração própria, baseada nos dados disponibilizados em www.sistemas.aids.gov.br/incentivo.

É possível verificar, nos dois gráficos acima, tanto em relação aos municípios quanto aos estados, uma baixa participação no ano de 2005. Nesse ano, em especial, além da alteração em relação ao número de municípios, a Portaria nº 2.190 (BRASIL, 2005) modificou os valores de referência do incentivo. Além dessas duas situações, não identificamos outra mudança no período que pudesse explicar a ausência de PAM. Observa-se que os 26 PAM municipais publicados em 2005 (Gráfico 16) são de municípios que passaram a integrar a Plnc nesse mesmo ano.

O PAM, elaborado nas três esferas de governo, permitia que as ações fossem pensadas a partir dos diferentes graus de autonomia e heterogeneidade dos territórios e, conseqüentemente, presumia, em tese, a elaboração de intervenções

mais coerentes com os distintos contornos que a epidemia assumia em nível local. Nesse contexto, há quem considere que essas políticas possibilitaram a ampliação da resposta nacional à epidemia e contribuíram para aumentar e efetivar a oferta de serviços para pessoas vivendo com HIV/Aids (FONSECA, 2007; GRANGEIRO, 2010). Contudo, algumas limitações são observadas na implementação dessas ações, tais como, a indução de respostas mais restritas em estados e, principalmente municípios, com baixa capacidade de gestão e articulação, e a redução e precarização das ações executadas pelas ONGs (que sofreram, a partir de 2002, um declínio de financiamento) (FONSECA, 2007). Essas, como visto, representam atores fundamentais na organização do próprio campo HIV/Aids no Brasil e na implementação de ações voltadas às populações vulneráveis e prioritárias.

Para fins de análise é necessário pontuar as diferenças existentes entre os PAM 2003 e os PAM 2004/2013. O PAM 2003, primeiro plano a ser elaborado logo após a implementação da Plnc, possui 10 dimensões consideradas pelos gestores, são elas: **i)** atividades em HIV/Aids, **ii)** epidemiologia em HIV/Aids, **iii)** acesso da população local, **iv)** ações em HIV/Aids, **v)** promoção e prevenção, **vi)** ampliação do acesso e qualidade dos serviços, **vii)** avanços (para cada ação realizada pela Secretaria Municipal de Saúde comentar aspectos positivos e negativos e os avanços alcançados), **viii)** comentários parcerias com Organizações da Sociedade Civil (OSC), **ix)** capacidade institucional e gerencial e, **x)** parceria OSC. Cada uma dessas dimensões permitia que o gestor fizesse considerações quantitativas e, logo após, as comentasse.

A partir de 2004, o PAM apresenta uma versão mais enxuta, com cinco dimensões, cada qual dividida em duas categorias internas: balanço do PAM anterior e pontos críticos (em referência ao ano em análise). Dessa forma, os PAM 2004/2013 contam com as seguintes cinco dimensões: **i)** perfil e tendências da epidemia de HIV/Aids e outras DST, **ii)** promoção, prevenção e proteção, **iii)** diagnóstico, tratamento e assistência, **iv)** gestão e desenvolvimento humano e institucional, **v)** parceria com OSC.

Quanto à primeira dimensão, chamou-nos a atenção, quando consultamos os PAM de 2003, que muitos municípios que participaram da Plnc, apesar de preencherem o campo referente ao perfil e tendências da epidemia, não informaram

o ano-base dos dados epidemiológicos ou, quando o fizeram, buscaram dados antigos, da década de 1980. De fato, nos anos iniciais, muitos municípios que aderiram à Plnc não contavam com uma estrutura destinada ao controle epidemiológico, tampouco a atividade de planejamento era realizada no âmbito do HIV/Aids e outras DST. A partir de 2010, na esteira da ampliação das capacidades estatais em planejamento quanto ao quesito diagnóstico, verifica-se um aumento da quantidade de municípios com dados epidemiológicos embasados e atualizados.

As próximas dimensões – II, III, IV e V – são apresentados em dois tópicos: balanço do PAM anterior e pontos críticos. A segunda dimensão é “promoção, prevenção e proteção”, na qual os gestores são solicitados a indicar (numericamente) os insumos de prevenção destinados à população local (preservativo masculino, preservativo feminino e gel lubrificante), os testes anti-HIV, sífilis e hepatites e a descrever as estratégias de implantação e promoção das tecnologias de prevenção para a população geral e para as populações mais vulneráveis (tais como: sessões de aconselhamento, grupos temáticos de educação em saúde, etc.).

A terceira dimensão - “diagnóstico, tratamento e assistência”- trata, de um lado, dos possíveis casos de HIV (diagnóstico) e, de outro, dos casos de Aids (tratamento e assistência). No que concerne ao diagnóstico, importa que os gestores relatem a quantidade e qualidade dos serviços laboratoriais em nível local, o número de exames realizados, se há ou não fila de espera, etc. Quanto ao tratamento e assistência, torna-se relevante mencionar a qualidade e os limites enfrentados pelos serviços farmacêuticos, ambulatoriais e hospitalares disponibilizados às PVHA em âmbito municipal.

Na quarta dimensão “gestão e desenvolvimento humano e institucional” é esperado que os gestores forneçam informações sobre a relação do setor de HIV/Aids com o campo mais amplo do SUS (se o município é gestão plena ou semiplena, por exemplo), se possui controle social articulado, presente e atuante, se possui profissionais capacitados e em número suficiente para trabalharem no âmbito da epidemia, se há um departamento/setor destinado ao controle da Aids em nível municipal, etc.

A quinta dimensão “parceria com OSC” é dedicada a explorar as relações entre sociedade civil e Estado, esperando-se que os gestores informem o número de

OSC presentes no município, o tipo de relação estabelecida entre essas organizações e a gestão local, as expectativas de ambas as partes, os limites enfrentados para que a relação de parceria se solidifique, etc.

A análise dessas cinco dimensões, subdivididas em dois itens (balanço do PAM anterior e pontos críticos), além da informação sobre o gestor responsável pelo preenchimento dos PAM, permitiu-nos verificar as repercussões da Plnc sobre as capacidades estatais dos municípios participantes, bem como as diferenças entre eles. Essa análise limita-se ao período 2006 a 2013 (sete anos), pois foi nesse intervalo que a integralidade dos municípios incorporou-se à Plnc. Para a sua realização, elaborou-se uma amostra aleatória de municípios.

7.3.1 Análise dos Planos de Ações e Metas dos municípios integrantes da Plnc

Dos 508 municípios participantes da Plnc construímos uma amostra aleatória totalizando 248 municípios, quantidade que perfaz um erro amostral de 4%, dentro de um grau de confiança de 95%. De posse dessa lista, analisamos, um a um, todos os PAM cadastrados, no período de 10 anos (2004¹²⁶ a 2013), mas com foco no intervalo entre 2006 a 2013. Uma vez que o preenchimento desses planos abrange registros numéricos e textuais (análises e comentários dos gestores sobre as informações disponibilizadas), na pesquisa desta Tese selecionamos apenas as últimas, que foram copiadas para uma planilha excel. A partir daí, identificamos a presença (1=sim) ou ausência (0=não) da informação requerida ao longo dos sete anos previstos, descartando, nesse momento, uma análise de conteúdo dos comentários ao preenchimento.

Assim, no tocante às cinco dimensões citadas, construímos nove indicadores operacionalizados por meio dos percentuais de preenchimento anual, com relação aos anos de 2006 a 2013. Esses percentuais representam a proporção de anos em que constava a respectiva informação, considerando que os sete anos perfazem 100%. O cálculo é o seguinte: soma dos anos contendo a informação, dividido por 7

¹²⁶ Em 2003 não havia quaisquer informações nos PAM, embora já constassem os municípios integrantes da Plnc.

e multiplicado por 100. A tabela abaixo sintetiza os nove indicadores, e mostra que o único deles com alguns casos de 100% de atendimento (ou seja, com a presença da informação em todos os anos da série histórica), foi “perfil e tendências da epidemia” (Perf2). Já os percentuais mais elevados dos outros oito indicadores atingiram 50% de anos com preenchimento.

Tabela 6: Indicadores utilizados, com valores mínimo e máximo observados, no período 2006-2013, amostra de municípios com PAM (n=248)

Código	Nome	Valores observados	
		% Mín	% Máx
Perf2	Percentual de preenchimento: perfil e tendências da epidemia de HIV/Aids e outras DST.	0	100%
Prev2	Percentual de preenchimento: promoção, prevenção, proteção, balanço do PAM anterior.	0	50%
Prev4	Percentual de preenchimento: promoção, prevenção, proteção, pontos críticos.	0	50%
Diag2	Percentual de preenchimento: diagnóstico, tratamento e assistência, balanço do PAM anterior.	0	50%
Diag4	Percentual de preenchimento: diagnóstico, tratamento e assistência, pontos críticos .	0	50%
Gest2	Percentual de preenchimento: gestão e desenvolvimento humano e institucional, balanço do PAM anterior	0	50%
Gest4	Percentual de preenchimento: gestão e desenvolvimento humano e institucional, pontos críticos	0	50%
OSC2	Percentual de preenchimento: parceria com OSC, balanço do PAM anterior.	0	50%
OSC4	Percentual de preenchimento: parceria com OSC, pontos críticos.	0	50%

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados disponibilizados em www.sistemas.aids.gov.br/incentivo.

Em nossa pesquisa contemplamos, também, informações sobre o responsável pelo preenchimento do PAM e sobre o gestor do setor de HIV/Aids de cada um dos municípios da amostra, elaborando uma planilha com dados ano a ano, cujos resultados serão apresentados posteriormente neste capítulo.

A seguir, apresentaremos os resultados da análise dos nove indicadores de duas formas: A) Percentuais de preenchimento para o Brasil e as cinco regiões demográficas¹²⁷, a partir da agregação dos municípios da amostra em suas

¹²⁷ Como a amostra de pesquisa foi construída de forma não estratificada, optamos por apresentar os resultados agregados por espaços mais amplos do que a unidade federativa, que são o País e a região demográfica. Aos interessados, indicamos o Apêndice G, que contém as informações sobre os indicadores relativos às 27 unidades federativas. .

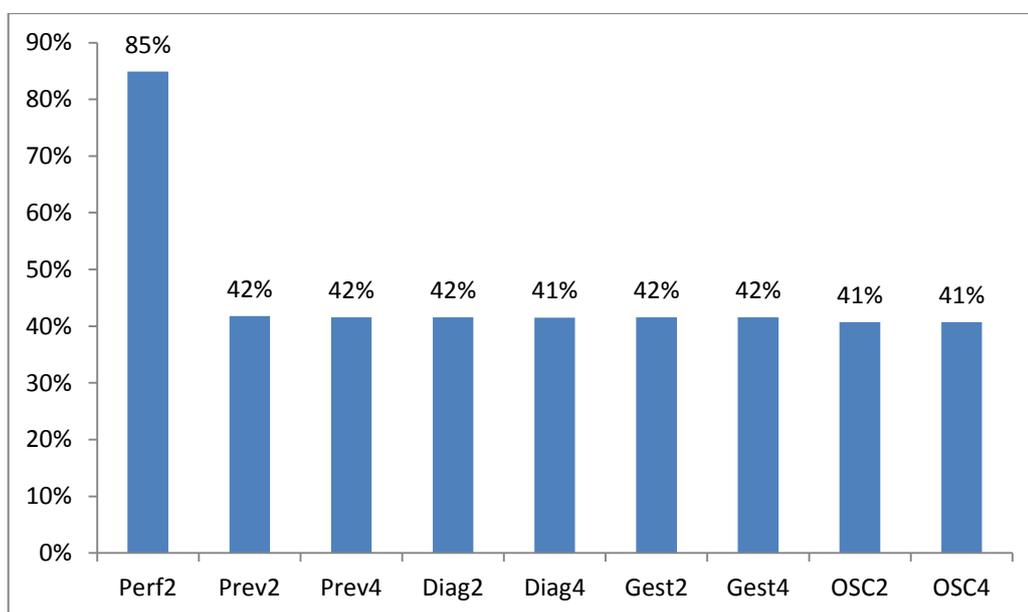
respectivas regiões; B) Percentuais municipais de acordo com o estrato populacional dos municípios; C) Distribuição da quantidade de municípios de acordo com o percentual de preenchimento de todos os indicadores (média dos respectivos percentuais).

A) Percentuais de preenchimento para o Brasil e as cinco regiões demográficas

Podemos observar, conforme o gráfico 16, que, no Brasil, o Perf2 é indicador com melhor preenchimento, atingindo 85% dos anos contemplados. Já quando analisamos as demais quatro dimensões (seja no tocante ao balanço seja quanto aos pontos críticos, com valores aproximados), os percentuais de preenchimento dos seus indicadores situam-se entre 41% e 42% no País. Portanto, com exceção do primeiro indicador, com valores mais elevados e distantes, os outros oito apresentaram percentuais similares e inferiores àquele.

Nesse quesito (Perf2), chamou-nos a atenção o fato de, que muitos municípios que se inseriram à Plnc em 2003 e 2006, apesar de preencherem o campo referente ao perfil e tendências da epidemia, não fizeram referência ao ano-base dos dados epidemiológicos sobre os quais estavam elaborando o PAM ou, quando o fizeram, alguns buscaram na longínqua década de 1980 o embasamento para os registros dos PAM. Provavelmente isto se deve a que nos primeiros anos da Plnc muitos municípios não contavam com uma estrutura destinada ao controle epidemiológico, tampouco realizavam planejamento de ações específicas, destinadas ao enfrentamento ao HIV/Aids e outras DST.

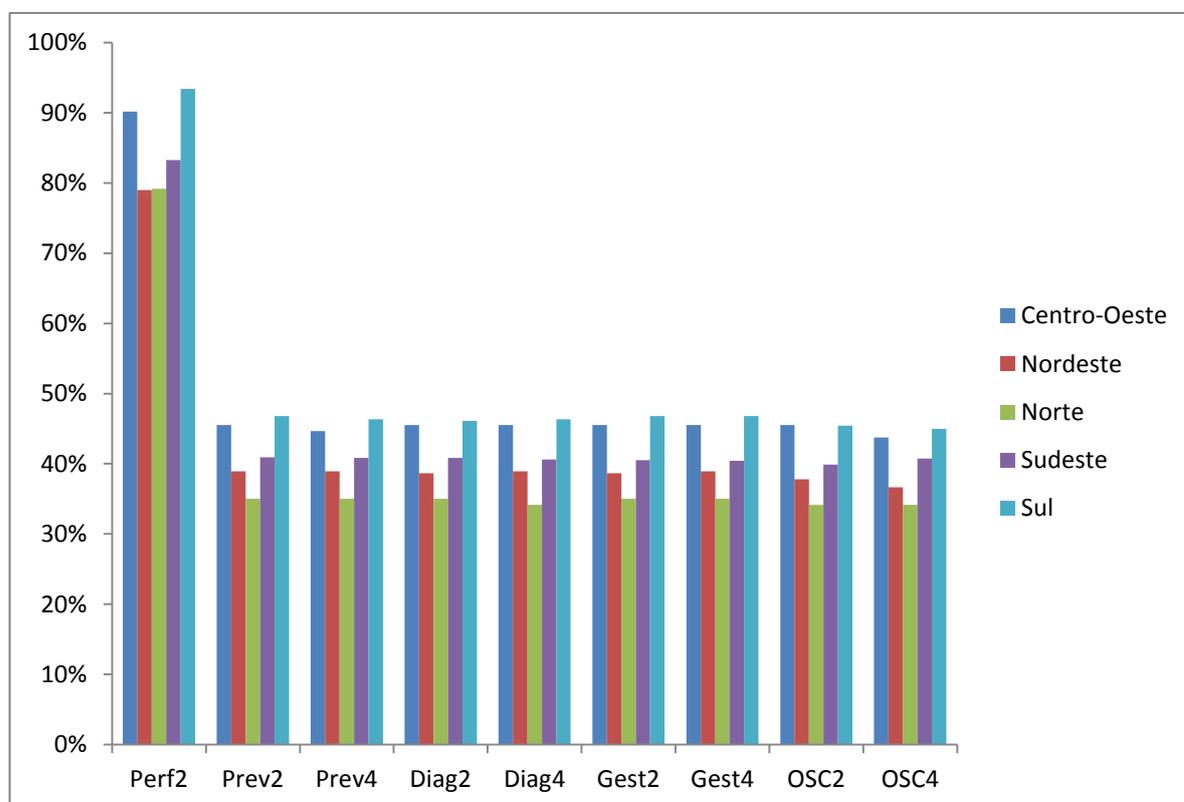
Gráfico 16: Percentuais de preenchimento do PAM, cinco dimensões e nove indicadores, Brasil, 2006-2013, amostra (n=248 municípios)



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados disponibilizados em www.sistemas.aids.gov.br/incentivo.

Quando analisamos o preenchimento dos PAM considerando as diferentes regiões brasileiras (Gráfico 17), observamos que os melhores resultados, em todos os indicadores, concentram-se nas regiões Sul e Centro-Oeste, respectivamente. Aqui os valores elevados de Perf2 repetem-se e se destacam, atingindo 93% (no Sul) e 90% (no Centro-Oeste). Igualmente, nos outros indicadores as duas regiões alcançaram percentuais acima das médias nacionais (41% ou 42%), perfazendo os valores de 44% a 47%. No extremo oposto, encontra-se a região Norte, cujos valores situaram-se abaixo dos nacionais (79% em Perf2 e 34% ou 35% nas outras variáveis).

Gráfico 17: Percentuais de preenchimento do PAM, cinco dimensões e nove indicadores, regiões brasileiras, 2006-2013, amostra(n=248 municípios)



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados disponibilizados em www.sistemas.aids.gov.br/incentivo.

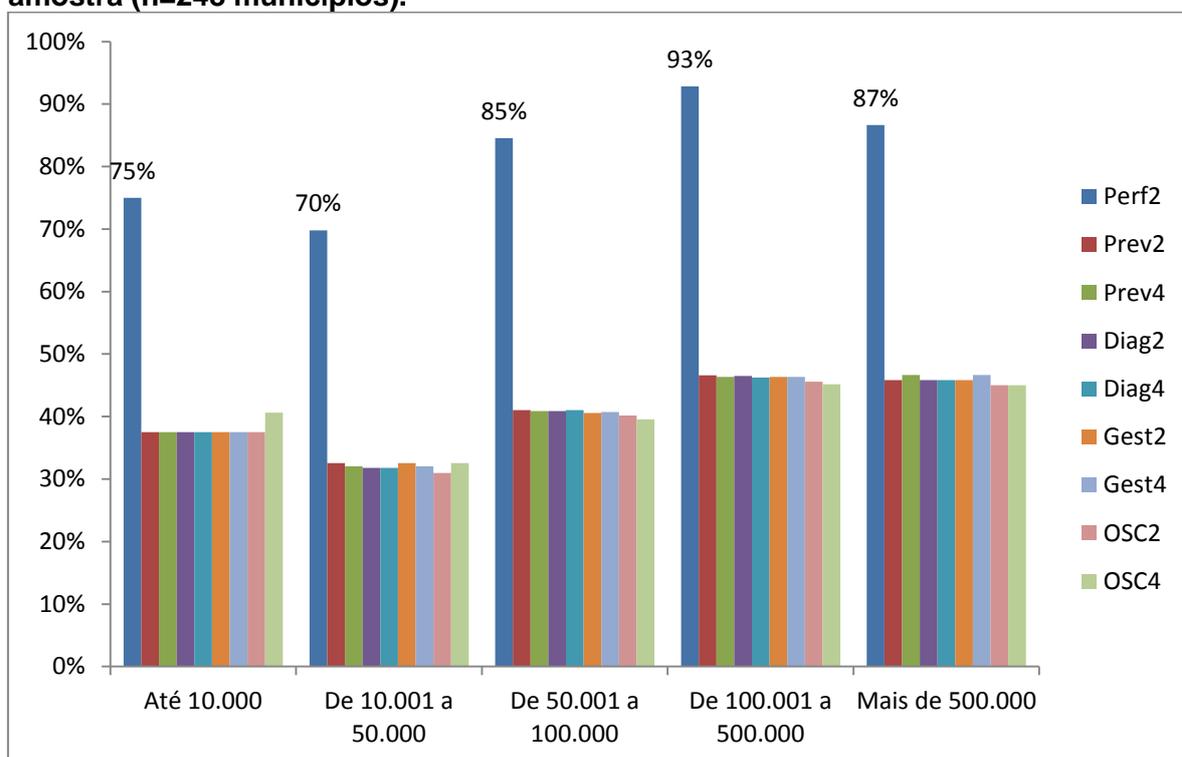
B) Percentuais de preenchimento de acordo com o estrato populacional dos municípios

Para relacionarmos os resultados municipais com o tamanho populacional, agrupamos a população dos 248 municípios (média das populações de 2000 e 2010) em cinco estratos: 1 – até 10.000 habitantes, 2 – De 10.001 até 50.000 habitantes, 3 – De 50.001 até 100.000 habitantes, 4 – De 100.001 até 500.000 habitantes, e 5 – Mais de 500.000 habitantes.

Constata-se (no Gráfico 18) que, em todos os oito indicadores e nas cinco dimensões analisadas, os municípios que possuem entre 100.001 e 500.000 habitantes e os com mais de 500.00 habitantes são os que atingiram os maiores percentuais de preenchimento do PAM na série histórica estudada. De outra parte, os municípios cuja população situa-se entre 10.001 e 50.000 habitantes foram os

que apresentaram, em média, percentuais de preenchimento inferiores aos demais grupos populacionais.

Gráfico 18: Percentuais de preenchimento do PAM, cinco dimensões e nove indicadores, grupos de municípios conforme o estrato populacional, 2006-2013, amostra (n=248 municípios).



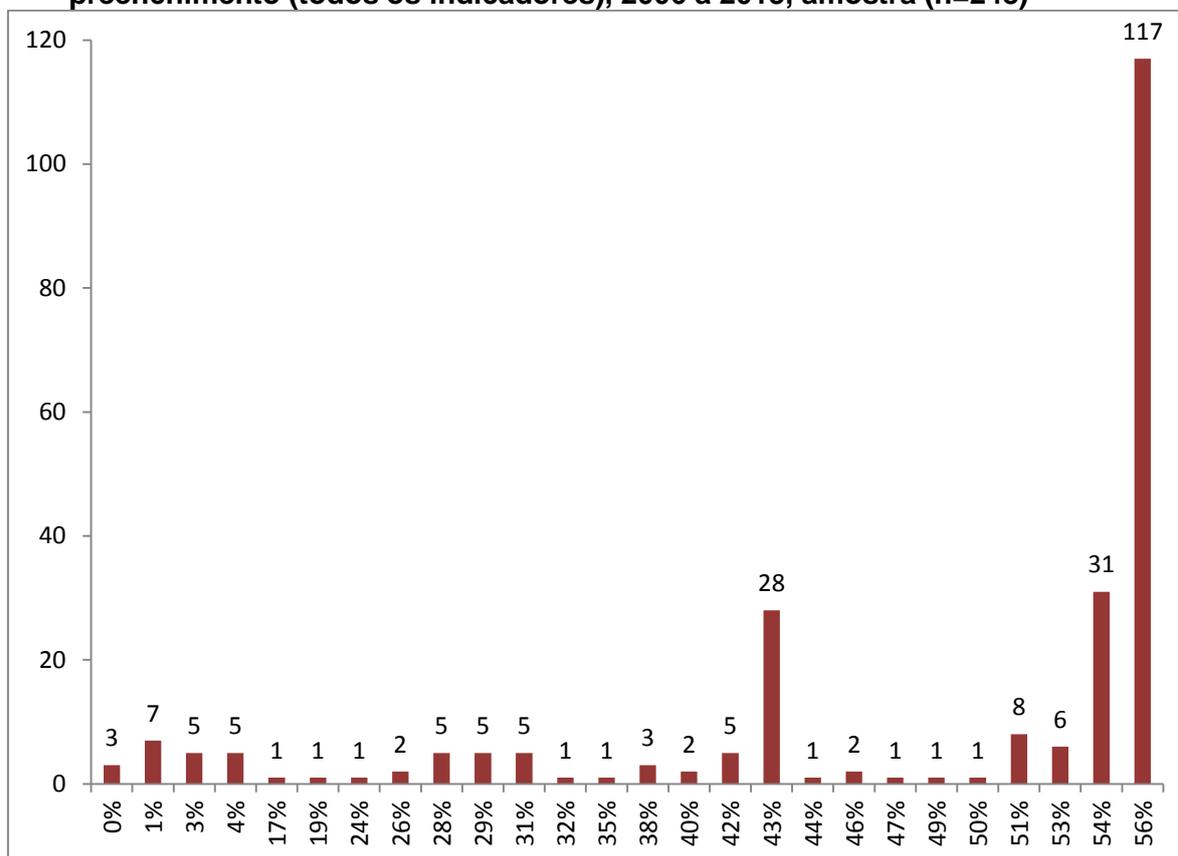
Fontes: Elaboração própria, com base nos dados disponibilizados em www.sistemas.aids.gov.br/incentivo e nos censos demográfico do IBGE de 2000 e 2010.

C)) Distribuição da quantidade de municípios de acordo com o percentual de preenchimento de todos os indicadores (média dos respectivos percentuais)

Ainda observando o preenchimento completo, ou seja, considerando o preenchimento de todas as cinco dimensões e de todos os nove indicadores, chamamos a atenção para a distribuição da quantidade de municípios em cada percentual desse indicador, que contabiliza a média de todos os outros. Como se vê no Gráfico 19, foram obtidos 25 percentuais de preenchimento (que contemplam os nove indicadores), partindo de 0% até 56%, com uma média de 46%. No valor mais alto, encontram-se 117 (47%) dos municípios da amostra. Abaixo da média aparecem 81 municípios, ou 33% da amostra.

Portanto, há uma concentração de melhores resultados, superiores à média, em torno de 165 municípios, ou seja, 67% do total da amostra.

Gráfico 19: Distribuição dos municípios entre os percentuais médios de preenchimento (todos os indicadores), 2006 a 2013, amostra (n=248)

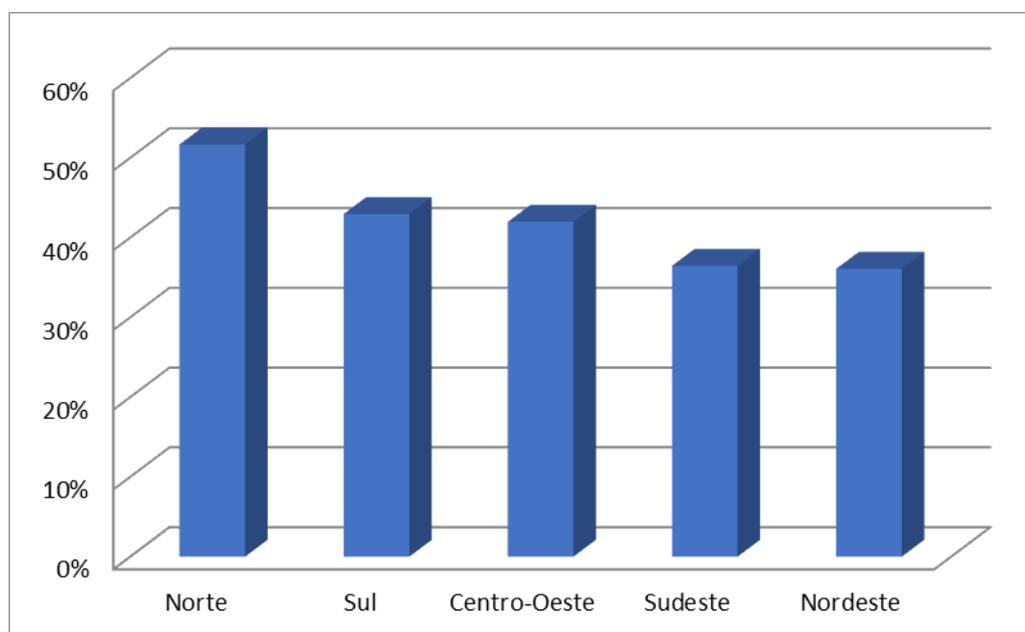


Fonte: Elaboração própria, com base nos dados disponibilizados em www.sistemas.aids.gov.br/incentivo.

Por fim, examinaremos as informações presentes nos PAM sobre a composição das equipes e os responsáveis diretos pelo preenchimento dos planos.

Quanto à composição das equipes responsáveis pelo preenchimento dos Planos, ao analisarmos informações de 248 municípios, no período de 2006 a 2013, observamos que, conforme Gráfico 20, os municípios do Norte estão entre aqueles que apresentaram o maior número de informações acerca das equipes responsáveis pelo planejamento (52%), em oposição aos municípios do Sudeste e Nordeste (ambos apresentando percentuais de 36%).

Gráfico 20: Preenchimento das informações acerca das equipes responsáveis pelo planejamento dos PAM – por região Brasil – 2006/2013



Fonte: Elaboração própria, com base nos dados disponibilizados em www.sistemas.aids.gov.br/incentivo.

Ainda em relação aos responsáveis pelo desenvolvimento dos PAM, chama atenção a composição heterogênea das equipes. Elas são formadas por profissionais da saúde, tais como, médicos das mais variadas áreas (clínico geral, ginecologia/obstetrícia, epidemiologista, psiquiatra, pediatra, urologista, infectologista, dermatologista, cardiologista, otorrinolaringologista, etc.), enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, biomédicos, odontólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, técnicos em enfermagem, agentes da PSF, etc; profissionais vinculados a áreas técnicas, como, assistente administrativo, assistente financeiro, técnico de informática, digitadores, recepcionistas, auxiliar de laboratório; membros dos conselhos de saúde; mas, também, profissionais de áreas que não mantêm relação direta nem com a dimensão do planejamento nem com o campo do HIV/Aids, tais como, motoristas e serviços gerais. Por outro lado, apenas 23 municípios da amostra (Quadro 6), localizados em 12 estados, informaram a presença de técnicos trabalhando diretamente no planejamento. Entende-se, nesse caso, os técnicos que não apenas foram alocados para designar a tarefa mas, também, são qualificados para desempenhá-la.

Quadro 6: Municípios brasileiros que informaram a presença de técnicos responsáveis diretamente pelo planejamento nos PAM, amostra (n=248) , 2006/2013

Municípios	Estados	Região
Crato	Ceará	Nordeste
Serra	Espírito Santo	Sudeste
Bacabal	Maranhão	Nordeste
Araxá	Minas Gerais	Sudeste
São Lourenço	Minas Gerais	Sudeste
Uberaba	Minas Gerais	Sudeste
Santarém	Pará	Norte
Bayeux	Paraíba	Nordeste
Camaragibe	Pernambuco	Nordeste
Campos dos Goytacazes	Rio de Janeiro	Sudeste
Natal	Rio Grande do Norte	Nordeste
Carazinho	Rio Grande do Sul	Sul
Passo Fundo	Rio Grande do Sul	Sul
Porto Alegre	Rio Grande do Sul	Sul
São José	Santa Catarina	Sul
Franca	São Paulo	Sudeste
Francisco Morato	São Paulo	Sudeste
Itapeva	São Paulo	Sudeste
Limeira	São Paulo	Sudeste
Miriporã	São Paulo	Sudeste
Ribeirão Pires	São Paulo	Sudeste
São Bernardo do Campo	São Paulo	Sudeste
São Sebastião	São Paulo	Sudeste

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados disponibilizados em www.sistemas.aids.gov.br/incentivo

A diversidade de profissionais na composição das equipes responsáveis pela elaboração dos Planos de Ações e Metas pode estar relacionada às novas demandas dos municípios, que se viram tanto com responsabilidades no campo médico (preventivo, diagnóstico e assistencial) quanto administrativo-financeiro. Esse fato não explica, contudo, a presença de motoristas e auxiliares de serviços gerais entre os elencados como responsáveis pelo preenchimento dos PAM.

Ademais, considera-se positiva a presença de atores vinculados aos conselhos de saúde, o que aponta para o acolhimento, por parte dos municípios habilitados, da diretriz da Política quanto ao estreitamento das relações entre os gestores e as instâncias de controle social no processo de elaboração e aprovação do plano.

Destaca-se, ainda, o fato de que poucos municípios – 23 – possuíam técnicos especializados e dedicados exclusivamente ao planejamento. Isso demonstra que o ato de planejar ainda é compreendido como uma prática que pode ser realizada por atores diversos, sem que haja, muitas vezes, o conhecimento necessário para a

realização e condução adequada da tarefa. É relevante mencionar que 16 dos 23 municípios que apresentaram técnicos diretamente engajados no planejamento localizam-se nos estados com os maiores percentuais de preenchimento dos PAM.

7.4 Considerações Parciais

A implementação da PInc pode ser considerada uma das estratégias de descentralização que mais impactou no processo de redefinição das atribuições dos diferentes níveis de governo (PIRES, 2006; TAGLIETTA, 2006) e na própria conformação do campo da política de HIV/Aids. Esse mecanismo não apenas favoreceu a pactuação de planos e metas entre gestores do SUS, como, também, procurou respeitar os distintos graus de autonomia e responsabilidades de cada um deles, bem como suas capacidades de implementação. A partir dele, a elaboração de PAM tornou-se, para o PN-DST/Aids, uma exigência para efetivação do repasse financeiro.

Os PAM deveriam ser apresentados pelo gestor de saúde local e aprovado pelos conselhos de saúde dessa mesma instância. Do mesmo modo, necessitavam de um sistema de monitoramento, que acompanhassem o alcance das metas propostas, sua execução financeira, o cumprimento das pactuações para aquisição de medicamentos e preservativos e a evolução de indicadores relacionados às ações de controle do HIV/Aids e DST (BRASIL, 2006; 2013).

A Política de Incentivo representou uma mudança disruptiva no contexto da política nacional de Aids, um novo *settlement* nesse CAE (FLIGSTEIN; McADAM, 2012). Foi a partir dela que o Brasil adotou o modelo de financiamento descentralizado; alterando, com isso, não apenas o fluxo e orientação dos recursos financeiros destinados aos estados, municípios e DF, e às organizações não governamentais que operavam no âmbito da política de HIV/Aids, como, também, alterou os arranjos institucionais existentes, atribuindo a cada um dos entes da federação envolvidos, novas capacidades técnicas, políticas e de gestão.

Nesse contexto, há quem considere que a Plnc possibilitou a ampliação da resposta nacional à epidemia e contribuiu para aumentar e efetivar a oferta de serviços para PVHA (FONSECA, 2007; GRANGEIRO, 2010). Contudo, algumas limitações são observadas na implementação dessa política, tais como, a indução de respostas mais restritas em estados e, principalmente municípios, com baixa capacidade de gestão e articulação, e a redução e precarização das ações executadas pelas ONGs (que sofreram, a partir de 2002, um declínio de financiamento) (FONSECA, 2007). Elas são atores fundamentais na organização do próprio campo HIV/Aids no Brasil e na implementação de ações voltadas às populações vulneráveis e prioritárias.

Visto que nos dedicamos à análise das capacidades estatais municipais, estaduais e regionais voltadas ao planejamento no âmbito da política de HIV/Aids, ou seja, as capacidades que esses entes que aderiram à Plnc deveriam possuir, no tocante a estabelecer objetivos, prever e implementar as dimensões da política em questão, é relevante destacar que a atividade de planejamento foi historicamente concebida, nessa e em outras áreas de políticas públicas, de forma centralizada, neste caso, sob a responsabilidade do PN-DST/Aids. Apenas quando a descentralização financeira foi efetivada uma maior quantidade de municípios passou a integrar a Plnc, devendo, a partir daí, estabelecer as prioridades no campo da Aids, planejar, monitorar e avaliar as ações, estabelecer relações com a sociedade civil e lhe prover recursos financeiros.

A partir de pesquisa nos PAM, examinamos a incorporação paulatina dos 508 municípios na Plnc, em uma série histórica que vai de 2003 a 2013, e os resultados de uma amostra de 248 municípios no tocante às cinco dimensões dos Planos, distribuídas em nove indicadores, estes construídos com base na presença ou ausência de informações em cada um dos sete anos do intervalo temporal estudado (2006 a 2013)

Os maiores valores verificados nos percentuais de preenchimento do quesito “perfil e tendências da epidemia de HIV/Aids e outras DST” denota uma maior preocupação com o registro e atualização dos dados epidemiológicos acerca da epidemia, ao mesmo tempo em que sinaliza a criação de um setor responsável por tais informações em muitos municípios que aderiram à Plnc. São os municípios das regiões Sul e Centro-Oeste e aqueles com tamanho populacional entre 100.001 e

500.000 habitantes os mais habilitados em atender aos requisitos dos PAM e da Plnc, no que toca, principalmente, ao planejamento e monitoramento das ações concernentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Separadas por séculos ou por fronteiras geográficas, as epidemias, por mais distintas que sejam entre si, guardam importantes semelhanças. Comumente, surgem em um momento em que seu agente patogênico, assim como a evolução da doença por ele causada, é ignoto; momento em que, diante de seu potencial infeccioso e letal, têm-se como única solução tratamentos paliativos, por vezes, ineficazes. Frente ao cenário em que a morte se torna corriqueira, o medo passa a ditar as regras.

Junto ao medo do desconhecido, ao pavor inerente à falta de controle diante do inquestionável finamento, as doenças não apenas marcam os corpos por elas acometidos, mas também as relações sociais a que esses dão vida. Entre as mais penosas marcas sociais a que estão sujeitos aqueles que têm a infelicidade de adoecer por flagelos infecciosos, letais e ignorados, estão a marginalização e a culpabilização.

À margem devem ficar todos aqueles que carregam consigo e em si a marca da morte certa, aqueles que lançam luz a um futuro indubitável, mas, ainda assim, não desejado. Culpados serão os que não foram contaminados por descuido ou falta de sorte, mas porque procuraram e desafiaram a libitina.

No caso da Peste Bubônica – uma das mais antigas e letais epidemias -, quando os culpados não eram os povos estrangeiros com os quais o território anfitrião da doença empreendia disputas bélicas e políticas, os eram aqueles que divergiam da moral vigente. Aqueles, considerados diretamente responsáveis por transportar a praga de um lugar para outro; enquanto esses, causadores da ira divina, por provocar um longo e doloroso processo de perecimento em massa.

Entre a responsabilidade atribuída ao “estrangeiro” e a culpa imputada aos “pecadores”, surge, no final do século XX, uma infecção contraída, entre outras vias, pela interação sexual. A doença, tendo se manifestado ao longo de 50 anos em algumas regiões do continente africano, só passou a receber atenção quando cruzou fronteiras e chegou aos EUA e, de lá, se espalhou pelo globo.

O HIV pode ser transmitido por fluidos corporais diretamente relacionados às práticas sexuais, por sangue contaminado, pela utilização compartilhada de seringas, pelo leite materno e no momento do parto. No entanto, foi em razão da via de transmissão sexual que os indivíduos acometidos pela doença tornaram-se fonte de preconceito e estigmatização, foi também por ela que a doença ganhou destaque internacional e que o campo da sexualidade foi conduzido para o interior das discussões e práticas médicas.

A trajetória da síndrome, desde suas primeiras manifestações na África, por volta de 1920, até seu desembarque na América do Norte, no final dos anos 1970, aponta para uma epidemia em constante mudança. A referida mutabilidade inerente à epidemia de HIV/Aids não se dá, contudo, apenas em virtude da complexa dinâmica reprodutiva do vírus, mas, sobretudo, por que à ela são incorporadas uma série de questões sociais, políticas, econômicas e morais.

Desse modo, torna-se imprescindível reconhecer a Aids como um fenômeno multidimensional, agregando à sua análise variáveis históricas, socioculturais, políticas e econômicas – de nível macro, meso e micro – conjuntamente com as de ordem biológica e médica. Sob o ponto de vista da análise e gestão de políticas públicas, a pluridimensionalidade associada à epidemia de HIV/Aids é elemento crucial a ser considerado, haja vista que as ações e programas destinados à enfrentar a doença serão, igualmente, distintos entre si, uma vez que respondem a contextos epidêmicos com configurações e características diferentes.

Ao contextualizarmos e territorializarmos epidemias, deparamos-nos com o fenômeno que garante ao vírus e à síndrome que, em tese, possuem trajetórias de progressão específicas e definidas, características e encadeamentos diversos. No caso do HIV/Aids, à já conhecida história natural da doença, é possível incluir as moralidades relacionadas às práticas e orientações sexuais, as desigualdades, desequilíbrios de poder, marginalização, tabus, estigmas, discriminação, violências e toda ordem de políticas e aparatos legais que mantêm – ou amparam de alguma forma - esses elementos no âmbito de diferentes sociedades e culturas. Esses são, pois, os mesmos elementos que têm, atualmente, aprofundado a epidemia em muitos lugares, tornando distintos contingentes populacionais mais ou menos expostos aos riscos de contrair o vírus e adoecer em virtude da síndrome.

Em quase quatro décadas podemos afirmar, sem receio de incorrer em erro, que avançamos muito no campo do HIV/Aids. Atualmente, conseguimos não apenas

diagnosticar a infecção por HIV com mais rapidez como, também, evitar, através da administração contínua de ARVs, que o vírus progrida para a síndrome. Assim, tornou-se possível que os filhos de mulheres soropositivas para o HIV nascessem sem o vírus, reduziram-se as chances das PVHA desenvolverem doenças oportunistas, garantiu-se que a supressão viral evitasse, entre outras coisas, a transmissibilidade do HIV para outros indivíduos. Garantindo-se, dessa forma, sobrevivência e qualidade de vida às pessoas que vivem com HIV/Aids.

Uma análise fundamentada sobre a contextualização e territorialização da epidemia nos mostra que ela não afeta a todos da mesma forma. Razão pela qual, ainda que encontremos a cura da Aids, seus impactos sobre diferentes sociedades ainda precisarão ser considerados, mensurados e enfrentados. E, a despeito de todas as conquistas no campo biomédico, os indivíduos afetados direta ou indiretamente pela epidemia de HIV/Aids permanecem carregando inúmeros estigmas e vivendo às margens da sociedade. E essa é uma realidade que se aplica a todas as regiões do globo.

Quase quatro décadas após sua emergência, a Aids permanece sendo um tabu e, como tal, interdita, muitas vezes, discussões políticas dissociadas de valores conservadores e da moral religiosa. E a multiplicidade de epidemias, assim como de contextos socioeconômicos e políticos nos quais elas se desenvolvem, faz com que as respostas concernentes sejam, igualmente, múltiplas. Cada sociedade produz uma epidemia distinta, assim como cada sociedade responde a ela de forma diferente.

Especialmente no caso do Brasil, a nação mais populosa da América Latina, apesar de seu importante histórico na construção de políticas de enfrentamento à Aids e da redução nas taxas de detecção de HIV e mortes relacionadas à Aids – principalmente na última década (2009-2019), vem registrando nos últimos anos um importante e significativo aumento no número de infecções entre as populações consideradas chave e prioritárias. Pelo lugar que ocupa na região, o País tem sido responsável pela maioria dos casos de Aids no continente latino-americano, sendo, por essa mesma razão, um dos focos prioritários de intervenção das organizações internacionais no campo do HIV/Aids.

O Brasil, caracterizado como um país continental, possui uma ampla extensão territorial e uma relevante densidade populacional, sobre as quais imperam, ainda, altos níveis de desigualdade econômica, social, jurídica e política.

Nesse contexto, o HIV/Aids ancora-se sobre diferentes realidades, ainda que balizadas sob a mesma identidade nacional. Nenhuma das cinco regiões do País, ou suas 26 Unidades Federativas e seu Distrito Federal, exercem o mesmo papel no que, grosseiramente, denominamos epidemia brasileira. É preciso, pois, observar e analisar cada uma dessas “pequenas epidemias” individualmente e em sua relação com o âmbito nacional, regional e internacional, a fim de compreender efetivamente o alcance das políticas que estão sendo desenvolvidas e a necessidade de reestruturá-las, ou não, de acordo com o contexto local.

Nesse cenário, buscando compreender o alcance de uma política que foi implantada como estratégia de autonomia local, essa Tese tratou da PInc, que implementada em 2003, visou a adequação do financiamento das ações direcionadas ao enfrentamento da Aids no País, viabilizou não apenas uma redução do poder decisório do PN-DST/Aids como, também, estabeleceu novos fluxos de recursos (humanos, financeiros e simbólicos) entre o Estado e a sociedade civil. Analisamos o processo de construção e reprodução desse campo, bem como a substituição do paradigma do financiamento via projeto pelo financiamento fundo a fundo, mas, sobretudo, focamos sobre a dimensão da capacidade de planejamento no âmbito do HIV/Aids em nível municipal.

Desse modo, na medida em que nos propomos a responder sobre quais as mudanças provocadas no campo das políticas de HIV/Aids do Brasil pela PInc, incluindo o novo modelo de financiamento aplicado aos estados, DF e municípios, e, lançamos como hipótese que, em primeiro lugar, a trajetória da resposta nacional à epidemia no Brasil pode ser dividida em, pelo menos, três momentos: emergência do campo (1980 até o fim de 1985), campo estável e centralizado no governo federal (1986 até o final de 2002) e reorganização, novo *settlement* do campo, com a descentralização mais abrangente trazida pela PInc (no período 2003 até 2013), de acordo com a perspectiva da TCAE (FLIGSTEIN; McADAM, 2012). Em segundo lugar, vez que nos debruçamos sobre a capacidade dos municípios que se integraram à PInc de planejarem ações e programas no âmbito das políticas de HIV/Aids, compreendemos, em um primeiro momento, que as habilidades em torno da formulação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da epidemia estariam desigualmente distribuídas entre os municípios e as dimensões abrangidas pelos PAM.

Com o objetivo de desenvolver a temática em questão e responder as perguntas de pesquisa, iniciamos analisando a história da epidemia em nível mundial e nacional. No que tange especificamente à história nacional, importa ressaltar que, no início da década de 1980, momento em que a Aids emergiu no País, a conjuntura era particularmente desafiadora. Tal era a riqueza de atores, e o debate por eles promovidos, que se constituiu um campo de ação estratégica em torno da Aids contando com a participação de um amplo espectro da sociedade brasileira, agrupados em coalizões políticas e que dispunham de certo equilíbrio de poder (FLIGSTEIN; McADAM, 2012). Ao redor desse campo em formação gravitavam atores - indivíduos ligados à sociedade civil, a universidades, a instâncias políticas, governamentais e burocráticas - cujas habilidades de mobilização social e política eram inquestionáveis (FLIGSTEIN, 2007; FLIGSTEIN; McADAM, 2012), e, que ao se mobilizarem para a construção dessa arena, marcaram, também, os contornos que as políticas de enfrentamento à epidemia ganharam no País. Esses atores, individuais e coletivos, definidos como socialmente hábeis (FLIGSTEIN; McADAM, 2012), uma vez que capazes de induzir a cooperação dos outros, mostraram-se fundamentais para superação do caos inicial em face da fraca institucionalização da resposta à Aids.

O debate em torno dos atores que constituíram o campo do HIV/Aids no período em análise torna-se relevante, na medida em que compreender o papel de cada um é fundamental para apreender não apenas o contexto mais amplo em que a arena em estudo está inserida, como, também, para captar as nuances que subjazem à sua conformação. Entre os principais atores presentes no campo do HIV/Aids no Brasil, encontram-se aqueles vinculados à sociedade civil, ao Estado (em seus muitos níveis) e aos organismos internacionais. Alguns desses atores sobressaíram-se no processo de constituição do campo – como é o caso da sociedade civil, dos governos estaduais e das universidades -, enquanto outros, como os organismos internacionais e a União, foram mais atuantes quando o campo já estava em vias de consolidação e centralização federal.

A Aids, no Brasil, emerge no contexto da redemocratização, e esse, seja pela introdução de novos atores políticos ou mesmo de novas pautas, é um dos principais elementos conjunturais que moldam as características do campo em emergência. O retorno dos exilados políticos, a pauta em torno da necessidade de implementação de políticas sociais – principalmente na área da saúde -, e a forte mobilização

gerada em torno dessa agenda encontraram na epidemia surgente um ponto de inflexão, eis que a partir dela tornou-se possível conduzir uma ação a partir de preceitos antes em discussão (como aqueles relacionados à reforma sanitária, por exemplo).

Quando o HIV/Aids finalmente emerge na década de 1980 nasce com ele uma série de ações direcionadas à enfrentar as consequências mais diretas da epidemia (preconceito, falta de informação acerca da doença, ausência de tratamento digno aos doentes, etc.). Assim, as primeiras ações não governamentais no âmbito do enfrentamento à Aids no Brasil nasceram com dois objetivos principais: **i)** “abalar o imobilismo burocrático” (SILVA, 1998, p.131) através da pressão de grupos organizados, e **ii)** atuar junto aos seus pares no que diz respeito às ações preventivas, assistenciais e de defesa de direitos (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015b).

Considerando, pois, os modelos governamentais de intervenção sobre a epidemia, bem como suas trajetórias institucionais procuramos demonstrar de que forma se constituíram as estratégias de ação dos atores diretamente envolvidos no enfrentamento à Aids no âmbito subnacional. Ao direcionarmos nosso olhar sobre as disputas pelos recursos de poder, observamos que os atores, não obstante o fato de lograrem convergir entre si – no que diz respeito ao objeto de disputa que se encontra no interior do campo -, não são iguais, e interagem através de dinâmicas moldadas por distintos valores e normas (SANTOS, 2019), como é o caso da sociedade civil frente ao Estado, por exemplo.

Na esteira do surgimento dos programas estaduais, nasce, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, em 1985. A partir da combinação do tipo de atuação dos programas estaduais e municipais já existentes, o PN-DST/Aids torna-se um modelo exemplar internacional, chamando a atenção de organismos financiadores, como, por exemplo, o Banco Mundial.

O Banco Mundial, cuja atuação enquanto financiador pode ser considerada uma das mais importantes para a implementação da política de HIV/Aids nacional, passou a destinar recursos ao controle da epidemia no Brasil a partir de 1989, com o Projeto Nordeste II. Em seguida, outros quatro convênios foram assinados e recursos foram diretamente direcionados ao enfrentamento da Aids no Brasil – Aids I, II, III e Aids-SUS. Os recursos contidos nesses quatro convênios foram

responsáveis por enfatizar o papel da descentralização financeira dos entes subnacionais e das ONGs/Aids, bem como por aprimorar os mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação, o que culminou, em 2002, em mais uma alteração do arranjo institucional da política de Aids.

Com base na TCAE, propomos que ao longo dos anos que cobrem o período entre 1983 e 2015 existem três momentos na política de Aids no Brasil. O primeiro, entre 1983 e 1985, quando surgiram as primeiras iniciativas estaduais – essas, por sua vez, sem apoio do governo federal. Nesse período específico, conforme analisamos no capítulo cinco, Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a) identificaram três modelos norteadores das primeiras ações para o controle da Aids no Brasil: **i)** o das políticas de saúde pública (como, por exemplo, as ações desenvolvidas pelas secretarias de saúde de São Paulo e do Rio Grande do Sul), **ii)** o atendimento em hospitais universitários (como ocorrera no Rio de Janeiro e em Minas Gerais) e, **iii)** o da assistência hospitalar (fenômeno identificado em vários estados do País). A segunda fase do CAE iniciou em 1985, com a promulgação da Política Nacional de HIV/Aids (BRASIL, 1985), inspirada nos programas estaduais anteriores, que trouxe o conseqüente movimento de centralização política e financeira, pela União, das ações direcionadas ao enfrentamento à epidemia no País. O terceiro momento inicia em 2002, com a promulgação da Política de Incentivo (BRASIL, 2002 e regras posteriores), que alterou o fluxo das transferências de recursos do PN-DST/Aids, efetivando a descentralização, que já vinha sendo delineada pelos projetos Aids I e Aids II. A Plnc também contou com o estímulo/apoio do Banco Mundial.

Assim, ao invés da presumida coexistência de distintos arranjos institucionais ao mesmo tempo e no mesmo nível político, este não foi o caso da política de Aids nacional, que se consolidou em diferentes e demarcados intervalos temporais. Compreendemos, no entanto, que a presença do BM alterou consideravelmente o CAE analisado na Tese, haja vista que, a partir do momento em que o Banco passou a financiar a política de enfrentamento à Aids no País, questões como a descentralização financeira, a importância do planejamento, do monitoramento e da avaliação por meio de indicadores passaram a fazer parte do cotidiano da gestão brasileira do HIV/Aids.

Nesse sentido, a implementação da Plnc pode ser considerada uma das estratégias de descentralização que mais impactou a (re)definição das atribuições dos diferentes níveis de governo (PIRES, 2006; TAGLIETTA, 2006) e a própria

conformação do campo da política de HIV/Aids. Esse mecanismo não apenas favoreceu a pactuação de planos e metas entre gestores do SUS, como, também, levou em consideração os distintos graus de autonomia e responsabilidades de cada um deles, bem como suas capacidades de implementação. A partir daí, a capacidade de planejamento exigida para a elaboração dos PAM tornou-se, para o PN-DST/Aids, uma condição para a efetivação do repasse financeiro aos entes subnacionais.

Os PAM deveriam ser apresentados pelo gestor de saúde local e aprovados pelos conselhos de saúde dessa mesma instância. Do mesmo modo, necessitavam de um sistema de monitoramento, que acompanhasse o alcance das metas propostas, sua execução financeira, o cumprimento das pactuações para aquisição de medicamentos e preservativos e a evolução de indicadores relacionados às ações de controle do HIV/Aids e DST (BRASIL, 2006; 2013).

É salutar lembrar que a capacidade de planejamento, no que tange ao campo em análise, foi concebida historicamente de forma centralizada, constituindo-se como responsabilidade do PN-DST/Aids. Após a implementação e a aderência à Plnc, coube aos governos subnacionais essa tarefa, devendo, então, estabelecer as prioridades no campo da Aids, planejar, monitorar e avaliar as ações, estabelecer relações com a sociedade civil, e prover recursos financeiros, quando necessário e/ou conveniente. Desse modo, à luz da TCAE e destacando as capacidades estatais requeridas dos municípios participantes da Plnc, podemos afirmar que não basta, para eles, serem atores ágeis nas ações locais voltadas ao enfrentamento ao HIV/Aids, é preciso que preencham os PAM da forma mais completa possível, a fim de contarem com os recursos disponibilizados pela referida Política.

Visto que nos dedicamos à análise das capacidades estatais municipais, estaduais e regionais voltadas ao planejamento no âmbito da política de HIV/Aids, ou seja, as capacidades exigidas dos municípios que passaram a integrar a Plnc – entre elas, a de realizar diagnósticos, estabelecer objetivos, monitorar e avaliar as ações, prover recursos financeiros para organizações da sociedade civil -, é relevante destacar que elas foram concebidas historicamente de forma centralizada, enquanto responsabilidade do PN-DST/Aids, de nível federal. Nesse contexto, há quem considere que a Plnc possibilitou a ampliação da resposta nacional à epidemia e contribuiu para aumentar e efetivar a oferta de serviços para PVHA (FONSECA, 2007; GRANGEIRO, 2010). Contudo, algumas limitações são observadas na

implementação dessa política, tais como, a indução de respostas mais restritas em estados e, principalmente municípios, com baixa capacidade de gestão e articulação, e a redução e precarização das ações executadas pelas ONGs (que sofreram, a partir de 2002, um declínio de financiamento) (FONSECA, 2007; DUARTE, 2008), esses atores fundamentais na organização do próprio campo HIV/Aids no Brasil e na implementação de ações voltadas às populações vulneráveis e prioritárias.

Lembramos do trabalho produzido por Arretche (1996) acerca dos mitos em torno da descentralização, no qual a autora menciona a associação positiva feita entre a descentralização e a democracia e, no mesmo sentido, entre a centralização e os Estados e sistemas políticos menos democráticos. Arretche (1996, p. 2) argumenta que muitas dessas associações não se sustentam nem sob o ponto de vista da “construção lógica dos argumentos, nem empiricamente”, isso porque, de acordo com a pesquisadora, “o caráter democrático do processo decisório depende menos do âmbito no qual se tomam as decisões e mais da natureza das instituições delas encarregadas” (Idem, p.16). De modo que, do ponto de vista da política aqui estudada, reforçamos a necessidade de analisarmos as condições sobre as quais ela foi implementada.

Para o desenvolvimento desta Tese os PAM foram consultados de duas formas: a) no período 2003 a 2013, para traçarmos um panorama geral da incorporação dos 508 municípios e das 27 unidades federativas à Plnc; b) no período 2006 a 2013, por meio de uma amostra de 248 municípios, a fim de verificar como foram desenvolvidas pelos municípios as seguintes dimensões no planejamento da política local de HIV/Aids: **i)** perfil e tendências da epidemia de HIV/Aids e outras DST (Perf2), **ii)** promoção, prevenção e proteção (Prev2 e Prev4), **iii)** diagnóstico, tratamento e assistência (Diag2 e Diag4), **iv)** gestão e desenvolvimento humano e institucional (Gest2 e Gest4), **v)** parceria com OSC (OSC2 e OSC4). Exceto Perf2, as demais dimensões continham dois subitens, como mostramos na Tabela 6: Balanço do PAM anterior e pontos críticos. Entre as informações disponibilizadas pelos PAM, selecionamos os registros textuais (análises e comentários dos gestores acerca das informações apresentadas nos planos) e os copiamos para uma planilha excel. Identificamos, a partir daí, a presença (1=sim) ou ausência (0=não) da informação requerida em cada um dos sete anos da série 2006 a 2013. A partir daí, construímos nove indicadores

operacionalizados por meio da proporção de anos com a respectiva informação no Plano, considerando que os sete anos perfazem 100%.

O preenchimento da dimensão “perfil e tendências da epidemia de HIV/Aids e outras DST” atingiu o percentual mais alto em relação aos outros oito indicadores – 85%, em média, no Brasil -, demonstrando que os municípios têm produzido e atualizado sistematicamente os dados epidemiológicos sobre a epidemia. Em adendo, parece estar havendo um movimento de institucionalização de setor responsável por dados epidemiológicos em muitos municípios que aderiram à Plnc. Quanto aos demais indicadores, contudo, observamos que nenhum deles atingiu mais de 42% de preenchimento na série, denotando maiores *déficits* de capacidade estatal de planejamento e monitoramento no tocante à: a) promoção, prevenção e proteção (insumos de prevenção, testagem, tecnologias de prevenção para a população geral e as populações vulneráveis); b) diagnóstico, tratamento e assistência (casos de HIV e Aids, quantidade de serviços ambulatoriais e de exames realizados, serviços farmacêuticos e hospitalares para as PVHA); c) gestão e desenvolvimento humano e institucional (informações sobre a relação do setor específico com o campo do SUS, existência de controle social atuante, número de profissionais capacitados, existência de um departamento municipal de Aids); d) parceria com OSC e relações com a sociedade civil (número de OSC no município, tipo de relação estabelecida entre elas e a Prefeitura Municipal, expectativas e limites para o fortalecimento das parcerias). Ao lançarmos o olhar sobre epidemias já enfrentadas pela humanidade, pretendíamos, sobretudo, mostrar que o que estamos vivenciando atualmente não é algo novo. Ao contrário, as doenças e as dinâmicas epidêmicas acompanham a humanidade desde seus primórdios. Ao focar sobre o HIV/Aids no momento em que estamos enfrentando uma nova onda epidêmica – COVID-19 -, intencionamos mostrar o quão ativa e dinâmica foi – e permanece sendo – a epidemia de Aids após quase quatro décadas.

Enquanto fenômenos complexos, multifacetados, as epidemias exigem olhares das mais diversas disciplinas. Analisar uma epidemia como a do HIV/Aids a partir das políticas públicas é particularmente importante para compreendermos não apenas como diferentes populações as enfrentaram, como, também, para apreendermos os limites e as dificuldades associadas às respostas que são propostas às moléstias.

Desse modo, chamamos atenção para a dimensão da descentralização e seus efeitos sobre a política de HIV/Aids. Por um lado, a descentralização parece criar um espaço propício para democratização das decisões e para a eficiência da política pública, por outro, contudo, é relevante observar que no caso de políticas direcionadas a temas delicados, repletos de estigmas e preconceitos – como é o caso da epidemia aqui analisada – as ações descentralizadas podem incorrer em resultados danosos aos interesses da população diretamente interessada, visto que podem ser permeadas por interesses diversos àquele que norteia a política.

No que diz respeito à importância dessa investigação para o debate acadêmico, salientamos, em primeiro lugar, a recomendação de Fligstein e McAdam (2012) quanto à necessidade de uma maior testagem empírica da TCAE. Acreditamos que ao analisar o campo do HIV/Aids, problema social altamente relevante, estamos contribuindo para o fortalecimento da agenda de pesquisa das políticas públicas, de modo mais amplo. Um segundo aspecto a ser considerado diz respeito ao próprio tema do HIV/Aids, muitas vezes analisado sob a luz das ciências sociais, mas poucas vezes observado a partir de teorias ou modelos de análise que dialogam com a gestão pública.

Nessa Tese, ao procurar responder a duas questões de pesquisa, manejamos uma série de métodos e técnicas, tais como: reconstrução histórica a partir da análise da literatura, legislação e marcos normativos de políticas, acesso a dados secundários, análise descritiva a partir da consulta e compilação das informações municipais de 2003 a 2013 existentes no PAM (*site* oficial). A partir desses esforços, analisamos os dados textuais de 248 dos 508 municípios elegíveis à Plnc. Para ter clareza sobre o real alcance dessa política, faz-se necessário avançar na investigação aqui iniciada, analisando os 260 municípios restantes, considerando não apenas os dados textuais, mas, também os dados numéricos, tanto do PAM quanto do monitoramento. Além disso, fica aqui registrada a pertinência de se desenvolver uma análise acerca dos conteúdos dos comentários e outros trechos que acompanham os registros numéricos ou mais sintéticos dos PAM.

REFERÊNCIAS

- ABIA. **Descentralização das políticas e ações em saúde: impactos e desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids**. Relatoria. Rio de Janeiro: ABIA, 2011. 65p
- ABRUCIO, Fernando. **Interação entre Instituições Federativas e Instituições Públicas**. Aula Magna Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. Porto Alegre: UFRGS, em 04 de maio de 2015.
- ABRUCIO, Fernando; FRANZESE, Cibele. **Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil**. In: ARAÚJO, Maria; BEIRA, Lúcia (Org.). *Tópicos da Economia Paulista para Gestores Públicos*. São Paulo: Fundap, 2007. v. 1, p. 13-31. Disponível em: www.defesasocial.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/searh_escola/arquivos/pdf/paper-federalismofernando-abrucio.pdf.
- ALLYN, David. **Make love, not war. The sexual revolution: an unfettered history**. New York: Little, Brown and Company, 2000.
- ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. **Recentralizando a federação?** Revista de Sociologia e Política, Curitiba, n. 24, p. 29-40. 2005. (Dossiê Federalismo).
- ANDERSON, Terry H. **The movement and the sixties** [S.l.]. New York: Oxford University Press, 1995.
- AGUIAR, Rafael Barbosa de. **Economia criativa e desenvolvimento: uma análise a partir dos fatores estruturantes das políticas públicas municipais em Porto Alegre (RS), São José dos Campos (SP) e Ananindeva (PA)**. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: PPG Políticas Públicas UFRGS, 2018.
- AGUIAR, Rafael Barbosa de; Luciana Leite Lima. **Capacidade estatal: definições, dimensões e mensurações**. Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB), São Paulo, n.89, p.1-28, 2019.
- ARRETCHE, Marta. **Estado Federativo e Políticas Sociais**. Rio de Janeiro, Revan, 2000.
- ARRETCHE, Marta. **Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil**. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v.45, n. 3, p. 431 – 458, 2002.
- AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, G. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle**. Anais Associação Brasileira de Dermatologia. 81(2): 111-26, 2006.
- AVERBACH, David M.; DARROW, William W.; JAFEE, Harold W.; CURRAN, James W. **Cluster of cases the Acquired Immune Deficiency Syndrome: patients linked by sexual contact**. *The American Medicine*, 76 (3), 487-92, 1984.
- AYRES, *et. al.* **Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos**. In: PAIVA, Vera *et al.* (org.). *Vulnerabilidade e direitos humanos. Prevenção e promoção da saúde: entre indivíduos e comunidades*. Vol. 1. Curitiba: Juruá, 2012, p.71-94

AYRES, José Ricardo *et al.* **Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução.** In: PAIVA, Vera *et al.* (orgs). Vulnerabilidade e direitos humanos. Prevenção e promoção da saúde: entre indivíduos e comunidades. Vol. 1. Curitiba: Juruá, 2012, p.9-22.

AYRES, José Ricardo *et al.* **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios.** In: CZERESNIA, Dina *et al.* (orgs). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p.117-139.

BAGASRA, Omar. **HIV and Molecular Immunity: prospects for the Aids vaccine.** Natick, MA: Biotechniques Books, 1999.

BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO (BID). **A política das políticas públicas: progresso econômico e social na América Latina: relatório 2006 /** Banco Interamericano de Desenvolvimento e David Rockefeller Center for Latin America Studies, Harvard University; tradução Banco Interamericano de Desenvolvimento. - Rio de Janeiro: Elsevier; Washington, DC: BID, 2007.

BANCO MUNDIAL. **SALUD: documento de política sectorial.** Washington D.C., 1974.

BANCO MUNDIAL. **Financiando os serviços de saúde nos países em desenvolvimento: uma agenda para reforma.** Washington D.C., 1987.

BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993: Investindo em saúde.** Rio de Janeiro: FGV, 1993.

BANCO MUNDIAL, Departamento de Avaliação de Operações. **Brasil: primeiro e segundo projetos de controle da Aids e DST: relatório de avaliação de desempenho de projeto.** Washington (DC), 2004. Disponível em: https://ieq.worldbankgroup.org/Data/reports/ppar_28819_portuguese.pdf.

BARBOSA, Maria Aparecida Teixeira. **A importância da elaboração dos PAM para redução da transmissão vertical do HIV.** Monografia apresentada para obtenção do título de Especialista no curso de Especialização de prevenção do HIV/AIDS no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011. http://www3.crt.saude.sp.gov.br/iec/curso_nepaids/Barbosa_MAT.pdf

BARBOZA, Renato. **Gestão do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das ações no período de 1994 a 2003.** Programa de Pós-Graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2006.

BARBOZA, Renato. **Acordos de empréstimo para Aids e a Política de Incentivo no Sistema Único de Saúde: avanços e lacunas.** Cad Saúde Coletiva, 2021.

BARATA, Germana Fernandes. **A primeira década da Aids no Brasil: o Fantástico apresenta a doença ao público (1983-1992).** [Dissertação de mestrado]. SP: Universidade de São Paulo, 2006.

- BARNES, David S. **The making of a social disease: tuberculosis in nineteenth-century France**. Berkeley. University of California Press, 1995.
- BASTOS, Cristina. **A pesquisa médica, a SIDA e as clivagens da ordem mundial: uma proposta de antropologia da ciência**. *Análise Social*, vol. XXXII (140), 1997 (1.º), 75-111
- BASTOS, Francisco Inácio. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- BELLO, G.; EYER-SILVA, W.A; COUTO-FERNANDEZ, J.C; GUIMARÃES, M.L.; CHEQUER-FERNANDEZ, S.L; TEIXEIRA, S.L; MORGADO, M.G. **Demographic history of HIV-1 subtypes B and F in Brazil**. *Infect Genet Evol*, vol.7, 2007, p.263-270.
- BELLO, G.; PASSAES, C.P.B.; GUIMARÃES, M.L.; LORETE, R.S.; ALMEIDA, S.E.M.; MEDEIROS, R.M.; ALENCASTRO, P.R.; MORGADO, M.G. **Origin and evolutionary history of HIV-1 subtype C in Brazil**. *Aids*, vol.22, 2008, p.1993-2000.
- BERNARDI, Claudia Barros. **Análise da política do incentivo no âmbito das DST/HIV/AIDS em quatro municípios do Estado de São Paulo**. Trabalho de conclusão apresentado apresentada ao curso de especialização em Prevenção ao HIV/AIDS no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011. http://www3.crt.saude.sp.gov.br/iec/curso_nepaids/Bernardi_CB.pdf
- BERNARDI, Osman Miguel. **Mudança nas capacidades estatais e impacto sobre a sociedade civil: a política de HIV/AIDS em Novo Hamburgo**. Dissertação de mestrado. Porto Alegre: UFRGS, 2014, 103p.
- BERTOLLI FILHO, Claudio. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- BIASCO, Christian. **The origin of Aids an hermeneutical analysis of the scientific publication**. University of Genebra, 2006.
- BOCCACIO, Giovanni. **Decameron (a cura di Romualdo Marrone)**. Roma: Tascabili Economic, Newton, 4 ed., 2007.
- BLOG DA SAÚDE. www.blogdasaude.org.br. Acesso em 01/06/2020.
- BRASIL, sd. **Linha do tempo – Aids**. Ministério da Saúde, Brasil. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-Aids-linha-do-tempo>
- BRASIL. Boletim **Epidemiológico – Aids e DST**. Ano III – nº1 – da 27ª à 53ª semana epidemiológica - Julho a dezembro de 2013. Ano IV – nº 1 – da 01ª à 26ª semana epidemiológica – janeiro a junho de 2014. 100p
- BRASIL. Boletim **Epidemiológico – Aids e DST**. Ano IV – nº1 – da 27ª à 53ª semana epidemiológica - Julho a dezembro de 2014. Ano IV – nº 1 – da 01ª à 26ª semana epidemiológica – janeiro a junho de 2015. 100p.
- BRASIL. **Portaria nº 2313**, de 19 de dezembro de 2002.
- BRASIL. **Portaria nº2314**, de 20 de dezembro de 2002.
- BRASIL. **Portaria nº1071**, de 09 de julho de 2003.
- BRASIL. **Portaria nº 2129**, de 06 de novembro de 2003.

- BRASIL. **Portaria nº1679**, de 13 de agosto de 2004.
- BRASIL. **Portaria nº1680**, de 13 de agosto de 2004.
- BRASIL. **Portaria nº1824**, de 2 de setembro de 2004.
- BRASIL. **Portaria nº2190**, de 09 de novembro de 2005.
- BRASIL. **Portaria nº 2802**, de 18 de novembro de 2008.
- BRASIL. **Portaria nº3252**, de 22 de dezembro de 2009.
- BRASIL. **Portaria nº3261**, de 23 de dezembro de 2009.
- BRASIL. **Portaria nº2555**, de 28 de outubro de 2011.
- BRASIL. **Portaria nº2849**, de 02 de dezembro de 2011.
- BRASIL. **Portaria nº1378**, de 09 de julho de 2013.
- BRASIL. **Portaria nº1708**, de 16 de agosto de 2013.
- BRASIL. **Portaria nº 29**, de 17 de dezembro de 2013.
- BRASIL. **Portaria nº3276**, de 26 de dezembro de 2013.
- BSV. Biblioteca Virtual em Saúde. **Como é feito o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV?**, s/d. Acesso em 01/06/2020.
- BYNUM, Helen. **Spitting Blood: the history of tuberculosis**. Oxônia: Oxford University Press, 2012.
- BYRNE, Joseph P. **Daily life during the Black Death**. London: Greenwood Press, 2006.
- BROQUA. C. **Activisme et Sida: l'association Act Up-Paris**. Nanterre :DEA d'anthropologie, Université Paris X, 1993.
- CABELLO, Marina; JUNQUEIRA, Dennis Maletich; BELLO, Gonzalo. **Dissemination of non-pandemic Caribbean HIV-1 subtype B clades in Latin America**. AIDS, vol. 29, 4 ed., 2015.
- CABELLO, Marina; ROMERO, Hector; BELLO, Gonzalo. **Multiple introductions and onward transmission of non-pandemic HIV-1 subtype B strains in North America and Europe**. Scientific Reports 6, n 3397. 2016.
- CALVOCORESSI, Peter. **Política mundial a partir de 1945**. Porto Alegre: Artmed, 9 ed., 2011.
- CAMPOS, Luiz Claudio Marques. **Estado e terceiro setor na prestação de serviços públicos: o programa Nacional de DST e Aids: 1994-2005**. Dissertação de mestrado. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2005.
- <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/2394/114420.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

CAMPOS, Luiz Claudio Marques. **ONGs/AIDS: acesso a fundos públicos e sustentabilidade de ações**. Rev. adm. empres., São Paulo, v. 48, n. 3, p. 81-93, Sept. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902008000300008&lng=en&nrm=iso.

CANDIDO, Silvio Eduardo Alvarez. **Teorizando a dinâmica da estabilidade e da mudança nas organizações** [resenha]. Revista de Administração de Empresas. São Paulo. Volume 53. Nº 2, mar/abr, 2013, p. 216-217.

CASTILHO, Euclides; CHEQUER, Pedro; STRUCHINER, Cláudio. **A Epidemiologia da Aids no Brasil**. In: PARKER, Richard; BASTOS, Cristiana; GALVÃO, Jane; PEDROSA, José Stalin (orgs). A Aids no Brasil (1982-1992). Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994, p.59-68.

CASTRO, Beatriz Maria do Canto. **Descentralização dos programas DST/AIDS: uma análise preliminar do processo**. Trabalho de conclusão(especialização) - UFRGS. Faculdade de Medicina. Curso de Especialização em Saúde Pública, Porto Alegre, 2004.

CARRARA, Sérgio. **Tributo à Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

CARRARA, Sérgio. **A geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio da antropologia histórica**. História Ciências da Saúde – Manguinhos. 3(3): 391-408, 1997.

CAVALCANTE, Pedro; LOTTA, Gabriela. **Burocracia de Médio Escalão: perfil, trajetória e atuação**. Brasília: ENAP, 2015.

CINGOLANI, L. **The State of State Capacity: A review of concepts, evidence and measures**. UNU – MERIT Working Paper Series on Institutions and Economic Growth, IPD WP13, 2013

COMUNICAÇÃO/INSTITUTO OSWALDO CRUZ. **IOC identifica casos de coinfeção por HIV-1 e HIV-2 no Brasil**. 2010. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infolid=941&sid=32>. Acesso em 23/11/2018

CORRÊA, Ana Elisa Cruz. **Crise da modernização e gestão da barbárie: a trajetória do MST os limites da questão agrária**. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. UFRJ; Rio de Janeiro, 2018.

CORRÊA, Sônia *et. al.* **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores municipais de saúde reprodutiva e sexual**, 2003. Disponível em:

http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/ind_mun_saude_sex_rep/ind_mun_saude_sex_rep_capitulo1_p27a62.pdf.

CORRÊA, Marilena; CASSIER, Maurice (orgs). **Aids e saúde pública : contribuições à reflexão sobre uma nova economia política do medicamento no Brasil**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2010, 244p.

COSTA, Nilson do Rosário. **Políticas Públicas, Justiça e Inovação: Saúde e Saneamento na Agenda Social**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1998.

- CRIBB, Julian. **The White Death**. Sydney: Angus of Robertson, 1996.
- CURTIS, T. **The origin of Aids**. Rolling Stone, 1992, mar 19:54-61, 106-108.
- DAMASCENA, Giseli Nogueira *et al.*. **Práticas de risco ao HIV de mulheres profissionais do sexo**. Rev. Saúde Pública, vol.48, n 3. São Paulo, junho 2014.
- DAMASCENA, Giseli Nogueira. **Análise de dados coletados por *respondent-driven sampling* (RDS): um estudo da prevalência de HIV e fatores associados entre mulheres trabalhadoras do sexo em 10 cidades brasileiras**, apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouyca, Fundação Oswaldo Cruz, em 2012.
- DANIEL, Herbert. **Vida antes da morte**. Rio de Janeiro: Topografia Jaboti, 1989.
- DANIEL, Thomas M. **Captain of Death: the story tuberculosis**. Rochester: University of Rochester Press, 1999.
- DANTAS, Jean Carlos de Oliveira *et al.*. **Governo e Organizações não Governamentais: resposta articulada à epidemia de AIDS no Estado de São Paulo**. In: BARBOZA, Renato; SILVA, Valéria Nanci (Orgs). *Sociedade civil: a diferença na resposta paulista ao HIV/AIDS*. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, 2013. p.11-19.
- D'ASCENZI, Luciano; LIMA, Luciana Leite. **Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas**. In: Revista de Sociologia e Política, v. 21, n. 48, p. 101-110, 2013.
- DEFOE, Daniel. **Um diário do ano da peste**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 3 ed., 2014.
- DIVINO, Flávia; CORADO, Andre de Lima Guerra; NAVECA, Felipe Gomes; STEFANI, Mariane M. A.; BELLO, Gonzalo. **High prevalence and onward transmission of nonpandemic HIV-1 subtype B clades in Northern and Northeastern Brazilian regions**. PLoS 11 (9): e0162112. 2016.
- DUARTE, Carlos Alberto Ebeling. **O paradoxo da descentralização no financiamento para as ações de DST/AIDS: visão de entidades representativas do movimento social em municípios selecionados do Rio Grande do Sul**. Trabalho de conclusão(especialização) - UFRGS. Faculdade de Medicina. Curso de Especialização em Saúde Pública, Porto Alegre, 2008.
- DRUCK, Graça. **Os sindicatos, os movimentos sociais e o governo Lula: cooptação e resistência**. In: OSAL, Observatorio Social de America Latina, año VI, nº 19. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires, Argentina: Argentina: julio, 2006.
- ELAZAR, Daniel J. **Federal Systems of the world. A handbook of Federal, Confederal and Autonomy Arrangements**. Halow: Longman, 1994.
- ESCOFIER, Jeffrey. **Sexual revolution**. New York: Running Press, 2003.
- SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- EVANS, P. **Embedded Autonomy**. Princeton: Princeton University Press, 1995.

EVANS, P.; RUESCHEMEYER, D.; SKOCPOL, T. **Bringing the State Back in**. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

EVANS, P; RAUCH, J. **Bureaucracy and Growth: A Cross-National Analysis of the Effects of “Weberian” State Structures on Economic Growth**. *American Sociologic Review*, 64(5), p.748-765, 1999.

FALETTI, Tulla. **Infiltrating the state: the evolution of health care reforms in Brazil, 1964-1988**. In: MAHONEY, James; THELEN, Kathleen. *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency and Power*. Cambridge University Press, 2009.p. 38-62

FARAH, Marta Ferreira Santos. **Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo**. *Revista de administração pública*, v. 35, n. 1, p. 119-144, 2001.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. **Implementação de Políticas Públicas: teoria e prática**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2012.

FARIA, Nuno R.; RAMBAUT, Andrew; SUCHARD, Marc A.; BAELE, Guy; BEDFORD, Trevor; WARD, Melissa J.; TATEM, Andrew J.; SOUZA, João D.; ARINAMIPATHY, Nimalan; PEPIN, Jacques; POSADA, David; PEETERS, Martine; PYBUS, Oliver G.; LEMEY, Phillippe. **The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human populations**. *Science*, outubro 2014. Volume 346, Issue 6205.

FERNANDES, Ana Tereza *et al.*. **Desafios para implementação de políticas públicas: intersetorialidade e regionalização**. VI Congresso CONSAD de Gestão Pública. Brasília/DF, 2013, p.1-20.

FERNANDEZ, Emílio Mitre. **La epidemia arrasa Europa**. In: *La peste negra: aspectos médicos*. In: CARRERAS *et al.*, *La Peste Negra*. Cuadernos de história 16 (17), 1985, p.12-18.

FERRAZ, Dulce Aurélio de Souza; NEMES, Maria Inês Battistella. **Prevenção das DST e Aids na atenção primária à saúde: reflexões sobre as práticas a partir do estudo de uma unidade de saúde da família**. In: PAIVA, FRANÇA JÚNIOR, KALICHMAN. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: planejar, fazer, avaliar*. Vol. 4. Curitiba: Juruá, 2013, p.271-312.

FLIGSTEIN, Neil. **Habilidade Social e a Teoria dos Campos**. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 47, n. 2, abr/jun 2007.

FLIGSTEIN, Neil; McADAM, Doug. **Theory of fields**. New York: Oxford University, 2012. 238p.

FINER, Kim Renee. **Tuberculosis**. New York: Chelsea House, 2003.

FONSECA, Elize Massard da *et al.*. **Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro**, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(9): 2134-44.

FORATTINI, Oswaldo Paulo. **Aids e sua origem**. Editorial *Revista Saúde Pública*, 27 (3): 153-4, 1993.

FOUCAULT, Michel. **Estratégia, Poder-Saber. Ditos e Escritos (Vol. IV)**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FUKUYAMA, F. **State Building: governance and world order in the 21st Century**, Ithaca, New York, Cornell University Press, 2004.

FUKUYAMA, F. **What is governance?** *Governance*, v.26, n.3, p.347-368, 2013.

FRANCO, Emília de. *et al.* **Práticas sexuais e conscientização sobre Aids: uma pesquisa sobre o comportamento homossexual e bissexual em São Paulo**. In: PARKER, Richard; JÚNIOR, Veriano Terto. *Entre homens: homossexualidade e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 1998. p. 49-62.

FRANZESE, Cibele. **Federalismo cooperativo no Brasil: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas**. Tese doutorado. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2010, 210 p.

FREITAS, Karen Bruck de. **Pesquisa comportamental: homens que fazem sexo com outros homens**. In: PARKER, Richard; JÚNIOR, Veriano Terto. *Entre homens: homossexualidade e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 1998. p. 89-98.

GALVÃO, Jane. **Aids e imprensa. Um estudo de antropologia social**. Dissertação de mestrado. Programa de pós-graduação em Antropologia Museu Nacional/UFRJ, 1992.

GALVÃO, Jane. **As respostas das organizações não governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/Aids**. In: PARKER (org). *Políticas, instituições e Aids*. Rio de Janeiro: ABIA/Jorge Zahar, 1997.

GALVÃO, Jane. **Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

GALVÃO, Jane. **1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

GARCIA, Marcos R. V.; ANTUNES, Maria Cristina. **Vulnerabilidade ao HIV e prevenção do HIV/Aids em espaços de sociabilidade de homens que fazem sexo com homens e travestis**. In: PAIVA, Vera *et al.* (orgs). *Vulnerabilidade e direitos humanos. Prevenção e promoção da saúde: entre indivíduos e comunidades*. Vol. 1. Curitiba: Juruá, 2012, p.209-238.

GASPARI, Elio. **A ditadura envergonhada**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002a.

GASPARI, Elio. **A ditadura escancarada**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002b.

GASPARI, Elio. **A ditadura derrotada**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

GASPARI, Elio. **A ditadura encurralada**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

GASPARI, Elio. **A ditadura acabada**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2016.

GEDDES, B. **Politician's Dilemma: Building State capacity in Latin America**. Berkeley: University of California Press, 1996.

GIDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Unesp, 1991.

GILBERT, M.T.; RAMBAUT, A.; WLASIUK, G.; SPIRA, T. J.; PITCHENIK, A. E.; WOROBEY, M. **The emergence of HIV/Aids in the Americas and beyond**. Proc Natl Acad Sci USA, nov 2007, 104 (47): 18566-70.

GOLDSTONE, Jack; USEEM, Bert. Putting Values and Institutions Back into the Theory of Strategic Action Fields. Sociological Theory. V.30, n.1, p. 37-47, 2012.

GOMIDE, Alexandre de Ávila; PIRES, Roberto Rocha Coelho. **Capacidades estatais e democracia: arranjos estatais de políticas públicas**. Brasília: IPEA, 2014.

GOMIDE, Alexandre de Ávila. Capacidades estatais para políticas públicas em países emergentes: (des)vantagens comparativas do Brasil. In: GOMIDE, A.; BOSCHI, R.R> (orgs). **Capacidades estatais em países emergentes: o Brasil em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

GOMIDE, Alexandre de Ávila; Ana Karine Pereira; Raphael Machado. Burocracia e Capacidade estatal na pesquisa brasileira. In: PIRES, Roberto; LOTTA, Gabriela; OLIVEIRA, Vanessa Elias de (orgs). **Burocracia e políticas públicas no Brasil**. Brasília: IPEA: Enap, 2018, p.87-104.

GRANGEIRO, Alexandre; LAURINDO DA SILVA, Lindinalva; TEIXEIRA, Paulo Roberto. **Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária**. Rev Panam Salud Publica. 2009; 26(1):87-94.

GRANGEIRO, Alexandre *et al.*. **Estratégias de descentralização e municipalização da resposta à Aids no Brasil: implicações para as secretarias de saúde e organizações não governamentais**. Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva, 2010, p.15-33.

GRANGEIRO, Alexandre; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; CASTILHO, Euclides Ayres de. **Evaluation of strategies by the Brazilian Ministry of Health to stimulate the municipal response to AIDS**. Cadernos de Saúde Pública; 27(); s114-s128; 2011. <https://www.scielosp.org/article/csp/2011.v27suppl1/s114-s128/>

GRANGEIRO, Alexandre; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; SILVA, Sara Romera da; CERVANTES, Vilma; TEIXEIRA, Paulo Roberto. - **Características da resposta à Aids de secretarias de saúde, no contexto da Política de Incentivo do Ministério da Saúde - Saúde e Sociedade; 21(4); 954-975; 2012-12. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2012.v21n4/954-975/>**

GRANGEIRO, Alexandre. **Será possível o fim da epidemia de Aids na quarta década?** In: PAIVA, FRANÇA JÚNIOR, KALICHMAN. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: planejar, fazer, avaliar. Vol. 4. Curitiba: Juruá, 2013, p.83-104.

GRECO, Dirceu Bartolomeu. **Trinta anos de enfrentamento à epidemia de Aids no Brasil**. Ciência e Saúde, 21(5):1553-1564, 2016.

GRMEK, Mirko. **O enigma do aparecimento da Aids**. Estudos Avançados 9 (24), 1995. p. 229-239.

GRUSKIN, Sofia; TARANTOLA, Daniel. **Um panorama sobre saúde e direitos humanos**. In: PAIVA, Vera *et al.* (orgs). Vulnerabilidade e direitos humanos. Prevenção e promoção da saúde: entre indivíduos e comunidades. Vol. 1. Curitiba: Juruá, 2012, p.43-70.

HÉRICOURT, J. **The social diseases: tuberculosis, syphilis, alcoholism, sterility**. London: George Routledge, 1920.

- HERA. **Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres: ideias para ação**, 1999.
- HERA. Health, Empowerment, Rights & Accountability. Disponível em: www.iwhc.org/hera
- HILL, Michael, HUPE, Peter. **Implementing Public Policy**. Los Angeles: SAGE, 2014.
- HOOPER, Edward. **The river: a journey back to the source of HIV and Aids**. Harmondsworth: Pinguim Press, 1999.
- HORROX, Rosemary. **The Black Death**. Manchester and New York: Manchester University Press, 1994.
- IPEA. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Vintes anos da Constituição Federal**. 17. Vol. 1, 2009, 280p.
- KADRI, Michele Rocha; SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. - **As Organizações da Sociedade Civil no enfrentamento à AIDS no Amazonas**, Brasil - *Ciência & Saúde Coletiva*; 20(5); 1331-1339; 2015-05. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000501331&lang=pt
- KALICHMAN, S.C.; PENCE, Putin. **Mbeki and their HIV/Aids: Related crimes against humanity: call for social justice and behavioral science advocacy**. *Aids and Behavior*, apr 2017, 21(4): 963-967.
- KAUFMAN, Stefan H. E.; WALKER, Bruce D. **Aids and Tuberculosis: a deadly liaison**. Hoboken: Ed. Wiley Black Well, 2009.
- KENDALL, Carl *et al.*. **Inquérito sobre o HIV entre HSH no Brasil em 2016 usando respondent-driven sampling (RDS): descrição dos métodos e diagnósticos do RDS**. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. vol 22. São Paulo, 2019, março 14.
- KERR, Lígia Regina Sansigolo *et al.*. **Conhecimentos, atitudes, crenças sobre Aids e comportamento sexual entre homossexuais e bissexuais masculinos no município de Fortaleza**. In: PARKER, Richard; JÚNIOR, Veriano Terto. *Entre homens: homossexualidade e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 1998. p. 63-88.
- KERR, Lígia Regina Sansigolo. **A dinâmica da epidemia de Aids na população geral e em subgrupos específicos, sua distribuição espacial, geracional e seus determinantes sociais**. In: Ministério da Saúde (Ed.), *IX Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids*. Ministério da Saúde, São Paulo, 2012.
- KINCHELOE, Joe L. **Describing the bricolage: conceptualizing a new rigor in qualitative research**. *Qualitative Inquiry*, v.7, n.6, p.679-692, 2001.
- KINCHELOE, Joe L. **Introduction: the power of the bricolage: expanding research methods**. In: KINCHELOE, Joe L.; BERRY, Kathleen S. *Rigour and complexity in educational research: conceptualizing the bricolage*. London: Open University Press, 2004.
- KLEPACKI, Linda. **A look at the sexual revolution in the United States**. Focus on the Family Action, Inc. Retrieved, 2008.
- LANDIM, Edivânia Lúcia Araújo Santos. **Descentralização da gestão do programa de DST/AIDS no estado da Bahia: desafios para o município como território de práticas**

de saúde. Dissertação de mestrado. Bahia: Universidade Federal da Bahia, 2008. <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/8083>

LAURINDO-TEODORESCU, Lindinalva; TEIXEIRA, Paulo Roberto. **Histórias da Aids no Brasil, v. 1: as respostas governamentais à epidemia de Aids.** Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015a. 464 p.

LAURINDO-TEODORESCU, Lindinalva; TEIXEIRA, Paulo Roberto. **Histórias da Aids no Brasil, v. 2: a sociedade civil se organiza pela luta contra a Aids.** Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015b. 360 p.

LEVI, M. **Of Rule and Revenue.** Berkeley e Los Angeles: University of California Press, 1988.

LIMA, **Capacidades estatais: uma revisão da literatura.** XXI SEMEAD. Seminários em Administração. p.1-17. 2018.

LIMA, Júlio César França. **O Banco Mundial, a Organização Mundial da Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal da saúde”.** In: PEREIRA, João Márcio Mendes; PRONKO, Marcela (Orgs). A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: EPSJV, 2015, p.233-253.

LIMA, Luciana Leite *et al.*. **Implementação de políticas públicas e participação da comunidade.** In: LAZZARRI, Cibele *et al.* (orgs.). Pesquisa e Ensino: Ferramentas de gestão pública no RS. Porto Alegre: CORAG, 2015, p.277- 298.

LOYOLA, Maria Andréa. **Aids e saúde pública: a implantação de medicamentos genéricos no Brasil.** In: CORRÊA, Marilena; CASSIER, Maurice (orgs). Aids e saúde pública : contribuições à reflexão sobre uma nova economia política do medicamento no Brasil. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2010, p.17-70.

LOTTA, Gabriela Spanghero. **Desvendando o papel dos burocratas de nível de rua no processo de implementação: o caso dos agentes comunitários de saúde.** In: FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. (org.). **Implementação de políticas públicas: teoria e prática.** Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2012, p. 221-259.

LUI, Lisandro; SCHABBACH, Letícia Maria. 2020. http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/view/csu.2020.56.1.02

MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J.M.; NETTER, Thomas W. (orgs). **A Aids no mundo.** Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1993 (História Social da Aids; 1).

MANN, M. **The sources of Social Power: The rise of classes and nation-states, 1760-1914.** Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1993.

MANN, Michael. “The autonomous Power of the State: Its Origins, Mechanisms and Results”. In: J. A. Hall (ed) **States in History.** Brasil: Blackwell. p.109-136, 1984.

MANN, Michael. **The sources of social power. The rise of classes an nation-states, 1760-1914.** New York: Cambridge University Press, 1986.

MANNING, Nick. **Social needs, social problems and social welfare**. In: ALCOCK, Pete; ERSKINE, Angus; MAY, Margaret. (eds.). *The Student's Companion to Social Policy*. Oxford: Blackwell/Social Policy Association, 2003. p. 35-41

MARQUES, Eduardo Cesar. **Government, political actors and governance in urban policies in Brazil and São Paulo: concepts for a future agenda**. *Brazilian Political Science Review*, Online, vol.7, n,3, p.8-35, 2013.

MARQUES, Eduardo. As políticas públicas na ciência política. In: MARQUES, E.; FARIA, C.A.P. **A política pública como campo multidisciplinar**. São Paulo: Editora da Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, 23-46.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo, Cosac Naify, 2003.

McKAY, Richard A. **“Patient Zero”: The Absence of a Patient’s View of the Early North American AIDS Epidemic**. *Bull. Hist. Med.*, 2014, 88: 161–194.

MAHONEY, James; THELEN, Kathleen. **Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency and Power**. Cambridge University Press, 2009.

MARTIN, Brian. **Political refutation of a scientific theory: the case of polio vaccines and the origin of Aids**. *Health Care Anal*, 1998.

MARTIN, Brian. **Investigating the origin of Aids: some ethical dimensions**. *Journal of Medical Ethics*. 2003, 29: 253-256.

MATTOS, Ruben Araújo de. **Desenvolvendo e oferecendo ideias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial**. Tese (doutorado em saúde coletiva). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

MATTHEWS, F. Governance and State Capacity. In. D. LEVI-FAUR, ed. **The Oxford Handbook of Governance**. Oxford: Oxford University Press, 2012.

MEZZADRI, Fernando Marinho; SILVA, Marcelo Moraes e; FIGUERÔA, Kátiuscia Mello. Desenvolvimento de um método para as pesquisas em políticas públicas de esporte no Brasil: uma abordagem de pesquisa mista. *Motrivivência*. V.27, n.44, p.49-63, maio/2015.

MONTEIRO JÚNIOR, Cláudio Celso. **Ações em DST/HIV/Aids em unidades básicas de saúde e planos de ações e metas: apontamentos sobre quatro municípios paulistas. Dissertação de mestrado**. São Paulo: Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2008. http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca_crt/232-Tese_CCD_ISP_Monteiro_Jr_Claudio_C_2008.pdf

MOURA, Alexandre Sampaio; ROCHA, Regina Lunardi. **Endemias e epidemias: dengue, leishmaniose, febre amarela, influenza, febre maculosa e leptospirose**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012.

MOURA, Lilian Nobre de; LEMOS, Stela Maris Aguiar. **Avaliação das ações de um programa de DST/AIDS e Hepatites virais: percepção dos gestores**. *Revista Médica de Minas Gerais*. 2020; 30: e-30101, 2018.

- NASCIMENTO, Dilene Raimundo. **As campanhas de vacinação contra a poliomielite no Brasil (1960-1990)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (2): 501-511, 2011.
- NETO, Benedito Geraldo; SOLER, Zaida Aurora; BRAILE, Domingo Marcolino; DAHER, Wilson. **A sífilis no século XVI: o impacto de uma nova doença**. *Arq. Ciên. Saúde*. 16 (3): 127-9, 2009.
- NUNN, Amy. **The Politics and History of AIDS Treatment in Brazil**. New York: Springer Science, 2009.
- OLIVEIRA, V. E.; ABRUCIO, F. L. “**Entre a política e a burocracia: a importância dos burocratas de nível médio para a produção de políticas públicas em saúde e educação**”. Artigo apresentado no 35º. Encontro Anual da ANPOCS, Caxambu, MG, 2011.
- OVIDO, Rafael Antônio M.; CZERESNIA, Dina. **O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial**. *Interface (Botucatu)*. 2015, 19 (53), p. 237-249. Disponível: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v19n53/1807-5762-icse-1807-576220140436.pdf>.
- OMS. **Weekly epidemiological record**. Nº 8, 26, february, 2016.
- PAIM, Jairnilson Silva. **A gestão do SUDS no estado da Bahia**. *Cadernos de Saúde Pública*, 1989.
- PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira. Contribuição para a compreensão crítica**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2008, 356 p.
- PAIVA, Vera; PUPO, Ligia Rivero; BARBOZA, Renato. **O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil**. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, supl. p. 109-119, Apr. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000800015&lng=en&nrm=iso.
- PAIVA, Vera; ZUCCHI, Eliana. **Estigma, discriminação e saúde: aprendizado de conceitos e práticas no contexto da epidemia de HIV/Aids**. In: PAIVA, Vera *et al.* (orgs). *Vulnerabilidade e direitos humanos. Prevenção e promoção da saúde: entre indivíduos e comunidades*. Vol. 1. Curitiba: Juruá, 2012, p.111-144.
- PANCHÓN, Antonio Carreras. **La peste negra: aspectos médicos**. In: CARRERAS *et al.*, *La Peste Negra*. *Cuadernos de história*, 16 (17), 1985, p.6-11.
- PARANHOS, Ranulfo; FILHO, Dalson Britto Figueiredo; ROCHA, Enivaldo Carvalho da; SILVA JÚNIOR, José Alexandre da; FREITAS, Diego. **Uma introdução aos métodos mistos**. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 18, nº 42, maio/ago 2016, p.384-411.
- PARKER, Richard (org). **Políticas, Instituições e Aids: Enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed. ABIA, 1997.
- PARKER, Richard *et al.* **Práticas sexuais e mudança de comportamento entre homens que fazem sexo com homens no Rio de Janeiro, 1990-1995**. IN: PARKER, Richard; TERTO JÚNIOR, Veriano. *Entre homens: homossexualidade e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 1998, 15-48.
- PARKER, Richard. **A construção da solidariedade: Aids, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994.

PARKER, Richard. **Building the foundations for the response to HIV/AIDS in Brazil: the development of HIV/AIDS policy, 1982 – 1996**. Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n.27, p. 143-183, august 2003.

PARKER, Richard; BASTOS, Cristiana; GALVÃO, Jane; PEDROSA, José Stalin (orgs). **A Aids no Brasil (1982-1992)**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994 (História Social da Aids 2).

PARKER, Richard; GALVÃO, Jane. **Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA/DUMARÁ, 1996.

PARKER, Richard (org). **Políticas, Instituições e Aids: Enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed. ABIA, 1997.

PAULA, Ivone A. de; SANTOS, Naila J.S. **A prevenção às DST/Aids nos serviços de atenção básica no estado de São Paulo**. In: PAIVA, Vera *et al.* (orgs). Vulnerabilidade e direitos humanos. Prevenção e promoção da saúde: entre indivíduos e comunidades. Vol. 1. Curitiba: Juruá, 2012, p.219-240

PEDROSA, J.S.; DIAS, J.L.M. **Sobre valores e fatos: a experiência das ONG que trabalham com Aids no Brasil**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids/MS, 1997.

PELÚCIO, Larissa, MISKOLCI, Richard. **A prevenção do desvio: o dispositivo da Aids e a repatologização das sexualidades dissidentes**. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana [en línea] 2009, (Sin mes). Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293322961007>.

PEPIN, Jacques. **The origins of Aids**. New York: Cambridge. 2011.

PEREIRA, Carlos Alberto Messeder. **O impacto da Aids, a afirmação da “cultura gay” e a emergência do debate em torno do “masculino” – fim da homossexualidade?** In: RIOS, Luís Felipe *et al.* (org). Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde. Rio de Janeiro: ABIA: 2004, p.52-62.

PERLONGHER, Néstor Osvaldo. **O que é Aids?** São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

PIMENTA, Cristina *et al.* (orgs). **Descentralização das políticas e ações em saúde: impactos e desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS** (Relatório Seminário). Rio de Janeiro, ABIA, 2011.

PINTO, Mônica Edelenyi; STRUCHINER, Claudio José. **A diversidade do HIV-1: uma ferramenta para o estudo da pandemia**. Caderno de Saúde Pública, vol.22, n 3, 2006, p.473-484.

PIRES, Denise. Ribeiro Franqueira. **Alguns apontamentos sobre o processo de descentralização do Programa de Aids**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social, 2006.

PIRES, Roberto Rocha C. **Burocracias, gerentes e suas “histórias de implementação”: narrativas de sucesso e fracasso de programas federais**. In: FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (org.). Implementação de políticas públicas: teoria e prática. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2012, p. 182-220.

PIRES, Roberto Rocha Coelho; GOMIDE, Alexandre de Ávila. **Governança e capacidades estatais: uma análise comparativa de programas federais**. Revista Sociologia Política, Curitiba, v.24, n.58, p.121-143, 2016.

PLATAFORMA DE CAIRO. **Relatório da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento**, 1994. Disponível: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>.

PORTAL SAÚDE. Ministério da Saúde Brasil. **Saúde de A a Z**. <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z>.

PREGNOLATO, Leonardo Antônio; DULEBA, Wânia; IGARI, Alexandre Toshiro; GONÇALVES-DIAS, Sylmara Lopes Francelino. **Poluição, Emergência e Transformação dos Padrões Ambientais: Contribuições da Teoria de Campos de Ação Estratégica**. In: **Sustentabilidade e Interdisciplinaridade**. São Paulo: Blucher, 2019, p. 153-174.

REZENDE, Daniela Savaget Barbosa. **Mulheres e Aids: silêncio e silenciamento** [dissertação]. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2012, 112p.

REZENDE, Joffre Marcondes de. **Epidemia, Endemia, Pandemia, Epidemiologia**. Revista de Patologia Tropical. Vol. 27 (1): 153-155, 1998.

RICHARDSON, Diante. **Constructing sexual citizenship: theorizing sexual rights**. Critical Social Policy, 2000, 20: 105-135.

RIEDEL, Maristela; RIBAS, João Luiz Coelho. **Prevalência de subtipos de HIV-1 no Brasil: uma revisão**. Caderno Saúde e Desenvolvimento, vol.7, n 4, 2015, p.91-103.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil no anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Tese (doutorado em saúde coletiva). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campinas, 2000.

ROCHA, Enid. **A Constituição Cidadã e a institucionalização dos espaços de participação social: avanços e desafios**. 20 anos da Constituição Cidadã: Avaliação e Desafios da Seguridade Social, Anfip, Brasília, 2008.

ROTSCHILD, B.M. **History of syphilis**. Clin Infect Dis. 2005. 40 (10): 1454-63.

SABINO, Ester Cerdeira. **Subtipos de HIV-1 no Brasil**. In: VERAS, R.P. *et al.* (orgs). **Epidemiologia: contextos e pluralidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998, p. 29-34.

SANTOS, Larissa Galdino de Magalhães. **Campos de ação estratégica e recursos de poder do sistema de gestão de recuperação de direitos na bacia do Rio Doce**. Revista Psicologia Política, Volume 19, Nº Especial, dez 2019, p.146-172.

SCHILLING, Voltaire. **Peste negra: a grande peste – primeira fase**. Matéria publicada em 07 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/educacao/historia/peste-negra-a-grande-peste-primeira-fase,923b546f2350802e48680a644b246d62aaa9eg9b.html>. Acesso em 15/05/2020.

SKOCPOL, T. Bring the State In: Strategies of Analysis in Current Research: In: EVANS, P.; RUESCHEMEYER, D.; SKOCPOL, T. (orgs). **Bring the State In**. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

SKOCPOL, T. **States and Social Revolutions: A comparative analysis of France, Russia, and China**. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1979.

SKOCPOL, T.; FINEGOLD, K. **State Capacity and Economic Intervention in the Early New Deal**. *Political Science Quarterly*, 97(2), p.255-278, 1982.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2013. 2 ed.

SEFFNER, Fernando. **Aids, estigma e corpo**. In: LEAL, Ondina (org.). *Corpo e Significado*. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2001, p.385-408.

SILVA, Bruno N. da; SARMENTO, Wagner M.; SILVA, Fabrícia C. V.; PEREIRA, Maísa; SILVA, Cícera R. D. V.; VÉRAS, Gerlane C. B. **Panorama epidemiológico da Aids em idosos**. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 14, n. 29, p. 80 - 88, 9 out. 2018.

SILVA, Cristina Luci Câmara da. **ONGs/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade**. *Caderno de Saúde Pública*, RJ, 14 (Sup.2): 129-139, 1998.

SILVA, Flavia Lucia Ribeiro. **Os programas municipais de DST/AIDS da região metropolitana II: as metas estão sendo cumpridas?** Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2006, 114p. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5227>

SILVA, Marcelo Kunrath. **Contribuições da Teoria dos Campos ao estudo das relações movimentos sociais e políticas públicas**. Trabalho apresentado no 19º Congresso Brasileiro de Sociologia, 2019, p.1-33.

SILVA, Sara Romero da. SILVA, Valéria Nanci. **Financiamento de projetos de Organizações Não Governamentais no Estado de São Paulo: uma análise do processo de descentralização dos recursos**. In: BARBOZA, Renato; SILVA, Valéria Nanci (Orgs). *Sociedade civil: a diferença na resposta paulista ao HIV/AIDS*. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, 2013. p. 19-25

SIMARRO, P.P.; CECHI, G.; PAONE, M.; FRANCO, J. R.; DIARRA, A.; RUIZ, J. A.; FÈVRE, E. M.; COURTIN, F.; MATTIOLI, R. C.; JANNIN, J. G. (editors). **The Atlas of Human African Trypanosomiasis: a contribution to global mapping of neglected tropical diseases**. *International Journal of Health Geographics*. April 2015, 18p.

SIMONI, Karine. **De peste e literatura: imagens do Decameron de Giovanni Boccacio**. *Anuário de Literatura*, Florianópolis, 2007, p. 31-40.

SLAVICEK, Louise Chipley. **The Black Death** (Great historic disasters). New York: Chelsea House, 2008.

SOARES, J.L. **Dicionário etimológico e circunstanciado de biologia**. São Paulo: Ed. Scipione, 1993.

SOUZA, Renilson Rehem de. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas do governo**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2002.

SOUZA, Tânia Santos Coelho de. **Ideias, Atores e Campos Estratégicos: a transferência de ideias e práticas entre o campo de combate à corrupção e o campo da política fiscal no Brasil**. Tese doutorado. UFRGS. Porto Alegre, 2015, 251 p.

STANISE, Valter Luiz. **Avaliação do grau de institucionalização dos programas municipais de DST / HIV / AIDS na regional de saúde de Campinas São Paulo**, Brasil. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2008, 114p. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4680>

TAGLIETTA, Moisés Francisco Baldo. **Avaliação da implementação do incentivo no âmbito do programa nacional de HIV/Aids e outras DST em dois municípios do Estado de São Paulo**. Rio Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2006

TEIXEIRA, Paulo Roberto. **Políticas públicas em Aids**. In: PARKER, Richard. Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; 1997. P. 143-68.

TERTO JÚNIOR, Veriano. "O papel das ONGs nas políticas de Aids", in Anais do Seminário Políticas Públicas de Saúde Relacionadas à Aids. RJ, IMS/UERJ, ABIA, p.32-35.

TELETAB. Aula 5. **Diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV**. s/d.

TILLY, C. **The formation of National States in Europe**. Princeton: Princeton University, 1975.

TOYAMA, M. **Reconfiguração do mercado brasileiro de música: os incumbentes e os novos capitais**. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, SP, 2015.

TREVISAN, João Silvério. **Devassos no paraíso: a homossexualidade no Brasil, da Colônia à atualidade**. São Paulo: Max Limonad, 1986. 2ª edição.

UNAIDS. **The gap report**. New York. 2014.

UNAIDS. 90-90-90. Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de Aids. 2015.

UNAIDS. **Relatório Global UNAIDS 2019**. New York. 2019a. Disponível em: https://www.unAids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf

UNAIDS. **Communities at the centre. Defending rights, breaking barriers, reaching people with HIV service**. New York. 2019b.

UNAIDS. **Seizing the moment. Tackling entrenched inequalities to end epidemics**. New York. 2020.

VALDEÓN, Júlio. **El impacto da peste**. In: CARRERAS *et al.*, La Peste Negra. Cuadernos de historia 16 (17), 1985b, p. 28-30.

VALDEÓN, Júlio. **La muerte negra en la Península**. In: CARRERAS *et al.*, La Peste Negra. Cuadernos de história 16 (17), 1985a, p.19-27.

VENTURI, Gustavo. **Misoginia, homofobia, racismo e “gerontofobia”: contribuições de análises da opinião pública para a prevenção.** In: PAIVA, Vera *et al.* (orgs). Vulnerabilidade e direitos humanos. Prevenção e promoção da saúde: entre indivíduos e comunidades. Vol. 1. Curitiba: Juruá, 2012, p.95-110

WERTHEIMER, W. J. **The politics of STDs. Dwindling resources for a growing problem.** Primary Care, mar 1990, 17 (1): 183-94.

WHITESIDE, Alan. **HIV/AIDS: a very short.** New York: Oxford. 2017 (2 ed.).

WHO (World Health Organization). **Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations key populations,** Julho 2014. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1

WILSON, James Q. **Bureaucracy: what government agencies do and why they do it.** USA: Basic Books, 2000.

WU, Xun *et al.*. **Guia de políticas públicas: gerenciando processos;** traduzido por Ricardo Avelar de Souza. Brasília: Enap, 2014.

YANCEY, Diane; **Tuberculosis.** Minneapolis: Twenty-First Century Books, 2008.

YOUNG, R. M.; MEYER, I. H. **The trouble with “MSM” and “WSW”: erasure of the sexual minority person in public health discourse.** A J Public Health, v. 95, n. 1.144-1.149, 2005

YSLA, R. Diaz de. **Tractado contra el mal serpentine; que vulgarmente en Espana es llamado bubas.** 1539.

GLOSSÁRIO¹²⁸

- Endemia** De acordo com Soares (1993 apud Rezende, 1998), endemia refere-se a “doença habitualmente comum entre pessoas de uma região, cuja incidência se prende à ocorrência de determinados fatores locais”. Noção reforçada por Rezende (1998, p.153), segundo o qual, embora o termo endemia seja comumente utilizado para designar o “aparecimento de menor número de casos [de uma doença] ao longo do tempo”, a abordagem quantitativa não é suficiente para distingui-lo da noção de epidemia. Para o autor, “o que define o caráter endêmico de uma doença é o fato de ser a mesma peculiar a um povo, país ou região” (idem).
- Moura e Rocha (2012) acrescentam ainda que, “endemia pode ser conceituada como a ocorrência de um agravo dentro de um número esperado de casos para aquela região, naquele período de tempo, baseado na sua ocorrência em anos anteriores não epidêmicos. Desta forma, a incidência de uma doença endêmica é relativamente constante, podendo ocorrer em variações sazonais no comportamento esperado para o agravo em questão” (2012, p.15).
- Epidemia** Segundo Rezende (1998, p.153), “a epidemia se caracteriza pela incidência, em curto período de tempo, de grande número de casos de uma doença”.
- De acordo com Moura e Rocha (2012, p.15), “epidemia representa a ocorrência de um agravo acima da média (ou mediana) histórica de sua ocorrência. O agravo causador de uma epidemia tem geralmente aparecimento súbito e se propaga por determinado período de tempo em determinada área geográfica, acometendo frequentemente elevado número de pessoas”.
- Epidemiologia** Etimologicamente, epidemiologia significa estudo das epidemias. Conforme Rezende (1998), no entanto, o termo foi ampliando-se ao longo do tempo indicando, modernamente, “a ciência que estuda o processo saúde-doença na comunidade, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades e dos agravos à saúde coletiva, sugerindo medidas específicas de prevenção, de controle ou de erradicação” (REZENDE, 1998, p.155).
- Pandemia** O conceito moderno de pandemia, segundo Rezende (1998, p.154), “é o de uma epidemia de grandes proporções, que se espalha a vários países e a mais de um continente”.
- Vírus/Retrovírus** Do latim, *vírus*, “veneno”, “toxina”. Em termos básicos, os vírus são pequenos agentes infecciosos que possuem apenas um único tipo de material genético, RNA ou DNA. Quando seus genes são codificados em RNA, são chamados de **retrovírus**, quando utilizam o DNA para armazenar informações genéticas, são denominados **adenovírus**. Ambos os grupos de vírus, necessitam, conforme afirma Ujvari (2012,

¹²⁸ Para consultar os autores e obras aqui citados, ver seção Referências.

p.11),

[...] do auxílio de outro ser vivo para se reproduzir. Isso ocorre porque é constituído apenas do seu material genético, seja DNA ou RNA. E, ao contrário das bactérias, não contém o maquinário celular necessário para sua reprodução. Por isso invade a célula de um organismo vivo (animal ou vegetal) para emprestar suas moléculas, copiar o seu próprio material genético e construir novos vírus. Sob seu comando, as células invadidas produzem cópias de seu envelope para enclausurar o seu DNA ou RNA já replicados. Formam inúmeros novos vírus iguais ao invasor. A “prole” é expulsa e está apta a repetir a operação.

Apêndice A

Lista de municípios brasileiros que aderiram à Plnc

Município	Estado	Região
Cruzeiro do Sul	Acre	Norte
Rio Branco	Acre	Norte
Arapicara	Alagoas	Nordeste
Maceió	Alagoas	Nordeste
Palmeira dos Índios	Alagoas	Nordeste
Penedo	Alagoas	Nordeste
União dos Palmares	Alagoas	Nordeste
Macapá	Amapá	Norte
Oiapoque	Amapá	Norte
Manaus	Amazonas	Norte
Parintins	Amazonas	Norte
Tabatinga	Amazonas	Norte
Alagoinha	Bahia	Nordeste
Barreiras	Bahia	Nordeste
Bom Jesus da Lapa	Bahia	Nordeste
Camaçari	Bahia	Nordeste
Canavieiras	Bahia	Nordeste
Eunápolis	Bahia	Nordeste
Feira de Santana	Bahia	Nordeste
Guanambi	Bahia	Nordeste
Ilhéus	Bahia	Nordeste
Irecê	Bahia	Nordeste
Itaberaba	Bahia	Nordeste
Itabuna	Bahia	Nordeste
Itamaraju	Bahia	Nordeste
Itapetinga	Bahia	Nordeste
Jequié	Bahia	Nordeste
Juazeiro	Bahia	Nordeste
Lauro de Freitas	Bahia	Nordeste
Paulo Afonso	Bahia	Nordeste
Porto Seguro	Bahia	Nordeste
Remanso	Bahia	Nordeste

Município	Estado	Região
Salvador	Bahia	Nordeste
Santo Antônio de Jesus	Bahia	Nordeste
Senhor do Bom Fim	Bahia	Nordeste
Serrinha	Bahia	Nordeste
Teixeira de Freitas	Bahia	Nordeste
Vitória da Conquista	Bahia	Nordeste
Aracati	Ceará	Nordeste
Canindé	Ceará	Nordeste
Cascavel	Ceará	Nordeste
Caucaia	Ceará	Nordeste
Crato	Ceará	Nordeste
Fortaleza	Ceará	Nordeste
Iguatu	Ceará	Nordeste
Itapipoca	Ceará	Nordeste
Juazeiro do Norte	Ceará	Nordeste
Limoeiro do Norte	Ceará	Nordeste
Maracanaú	Ceará	Nordeste
Maranguape	Ceará	Nordeste
Pacajus	Ceará	Nordeste
Quixadá	Ceará	Nordeste
Russas	Ceará	Nordeste
Sobral	Ceará	Nordeste
Afonso Cláudio	Espírito Santo	Sudeste
Alfredo Chaves	Espírito Santo	Sudeste
Anchieta	Espírito Santo	Sudeste
Aracruz	Espírito Santo	Sudeste
Cachoeiro de Itapemirim	Espírito Santo	Sudeste
Cariacica	Espírito Santo	Sudeste
Castelo	Espírito Santo	Sudeste
Colatina	Espírito Santo	Sudeste
Guaçuí	Espírito Santo	Sudeste
Guarapari	Espírito Santo	Sudeste
Jaguaré	Espírito Santo	Sudeste
Linhares	Espírito Santo	Sudeste
Rio Bananal	Espírito Santo	Sudeste
Santa Maria de Jetibá	Espírito Santo	Sudeste
São Mateus	Espírito Santo	Sudeste
Serra	Espírito Santo	Sudeste
Viana	Espírito Santo	Sudeste
Vila Velha	Espírito Santo	Sudeste
Vitória	Espírito Santo	Sudeste
Anápolis	Goiás	Centro-Oeste
Aparecida de Goiânia	Goiás	Centro-Oeste
Caldas Novas	Goiás	Centro-Oeste

Município	Estado	Região
Itumbiara	Goiás	Centro-Oeste
Jataí	Goiás	Centro-Oeste
Luziânia	Goiás	Centro-Oeste
Planaltina	Goiás	Centro-Oeste
Rio Verde	Goiás	Centro-Oeste
Santo Antônio do Descoberto	Goiás	Centro-Oeste
Açailândia	Maranhão	Nordeste
Bacabal	Maranhão	Nordeste
Balsas	Maranhão	Nordeste
Caxias	Maranhão	Nordeste
Codó	Maranhão	Nordeste
Coroatá	Maranhão	Nordeste
Imperatriz	Maranhão	Nordeste
Itapecuru Mirim	Maranhão	Nordeste
Pedreiras	Maranhão	Nordeste
Pinheiro	Maranhão	Nordeste
Santa Inês	Maranhão	Nordeste
São José de Ribamar	Maranhão	Nordeste
São Luís	Maranhão	Nordeste
Timon	Maranhão	Nordeste
Alta Floresta	Mato Grosso	Centro-Oeste
Barra do Garças	Mato Grosso	Centro-Oeste
Cáceres	Mato Grosso	Centro-Oeste
Confresa	Mato Grosso	Centro-Oeste
Cuiabá	Mato Grosso	Centro-Oeste
Diamantino	Mato Grosso	Centro-Oeste
Juara	Mato Grosso	Centro-Oeste
Juína	Mato Grosso	Centro-Oeste
Rondonópolis	Mato Grosso	Centro-Oeste
Sinop	Mato Grosso	Centro-Oeste
Tangará da Serra	Mato Grosso	Centro-Oeste
Várzea Grande	Mato Grosso	Centro-Oeste
Aquidauana	Mato Grosso do Sul	Centro-Oeste
Campo Grande	Mato Grosso do Sul	Centro-Oeste
Corumbá	Mato Grosso do Sul	Centro-Oeste
Coxim	Mato Grosso do Sul	Centro-Oeste
Dourados	Mato Grosso do Sul	Centro-Oeste
Jardim	Mato Grosso do Sul	Centro-Oeste
Naviraí	Mato Grosso do Sul	Centro-Oeste
Paranaíba	Mato Grosso do Sul	Centro-Oeste
Ponta Porã	Mato Grosso do Sul	Centro-Oeste
Três Lagoas	Mato Grosso do Sul	Centro-Oeste
Águas Formosas	Minas Gerais	Sudeste
Além Paraíba	Minas Gerais	Sudeste

Município	Estado	Região
Alfenas	Minas Gerais	Sudeste
Araçuaí	Minas Gerais	Sudeste
Araguari	Minas Gerais	Sudeste
Araxá	Minas Gerais	Sudeste
Barbacena	Minas Gerais	Sudeste
Belo Horizonte	Minas Gerais	Sudeste
Betim	Minas Gerais	Sudeste
Cataguases	Minas Gerais	Sudeste
Conselheiro Lafaiete	Minas Gerais	Sudeste
Contagem	Minas Gerais	Sudeste
Coronel Fabriciano	Minas Gerais	Sudeste
Diamantina	Minas Gerais	Sudeste
Divinópolis	Minas Gerais	Sudeste
Extrema	Minas Gerais	Sudeste
Frutal	Minas Gerais	Sudeste
Governador Valadares	Minas Gerais	Sudeste
Ibirité	Minas Gerais	Sudeste
Ipatinga	Minas Gerais	Sudeste
Itabira	Minas Gerais	Sudeste
Itajubá	Minas Gerais	Sudeste
Itaobim	Minas Gerais	Sudeste
Ituiutaba	Minas Gerais	Sudeste
Janaúba	Minas Gerais	Sudeste
João Monlevade	Minas Gerais	Sudeste
Juiz de Fora	Minas Gerais	Sudeste
Luz	Minas Gerais	Sudeste
Montes Claros	Minas Gerais	Sudeste
Muriae	Minas Gerais	Sudeste
Passos	Minas Gerais	Sudeste
Patos de Minas	Minas Gerais	Sudeste
Pedra Azul	Minas Gerais	Sudeste
Pirapora	Minas Gerais	Sudeste
Poços de Caldas	Minas Gerais	Sudeste
Ponte Nova	Minas Gerais	Sudeste
Pouso Alegre	Minas Gerais	Sudeste
Ribeirão das Neves	Minas Gerais	Sudeste
Sabará	Minas Gerais	Sudeste
Santa Luzia	Minas Gerais	Sudeste
Santos Dumont	Minas Gerais	Sudeste
São João del Rei	Minas Gerais	Sudeste
São Lourenço	Minas Gerais	Sudeste
São Sebastião do Paraíso	Minas Gerais	Sudeste
Sete Lagoas	Minas Gerais	Sudeste
Teófilo Otoni	Minas Gerais	Sudeste

Município	Estado	Região
Timóteo	Minas Gerais	Sudeste
Três Corações	Minas Gerais	Sudeste
Três Pontas	Minas Gerais	Sudeste
Uberaba	Minas Gerais	Sudeste
Uberlândia	Minas Gerais	Sudeste
Unaí	Minas Gerais	Sudeste
Varginha	Minas Gerais	Sudeste
Vespasiano	Minas Gerais	Sudeste
Abaetetuba	Pará	Norte
Ananindeua	Pará	Norte
Belém	Pará	Norte
Castanhal	Pará	Norte
Marabá	Pará	Norte
Parauapebas	Pará	Norte
Santarém	Pará	Norte
Tucuruí	Pará	Norte
Bayeux	Paraíba	Nordeste
Cabedelo	Paraíba	Nordeste
Campina Grande	Paraíba	Nordeste
João Pessoa	Paraíba	Nordeste
Patos	Paraíba	Nordeste
Santa Rita	Paraíba	Nordeste
Almirante Tamandaré	Paraná	Sul
Apucarana	Paraná	Sul
Arapongas	Paraná	Sul
Araucária	Paraná	Sul
Cambé	Paraná	Sul
Campo Mourão	Paraná	Sul
Cascavel	Paraná	Sul
Castro	Paraná	Sul
Colombo	Paraná	Sul
Cornélio Procópio	Paraná	Sul
Curitiba	Paraná	Sul
Foz do Iguaçu	Paraná	Sul
Francisco Beltrão	Paraná	Sul
Guarapuava	Paraná	Sul
Irati	Paraná	Sul
Londrina	Paraná	Sul
Maringá	Paraná	Sul
Paranaguá	Paraná	Sul
Paranavaí	Paraná	Sul
Pato Branco	Paraná	Sul
Pinhais	Paraná	Sul
Piraquara	Paraná	Sul

Município	Estado	Região
Ponta Grossa	Paraná	Sul
São José dos Pinhais	Paraná	Sul
Sarandi	Paraná	Sul
Telêmaco Borba	Paraná	Sul
Toledo	Paraná	Sul
Umuarama	Paraná	Sul
União da Vitória	Paraná	Sul
Afogados da Ingazeira	Pernambuco	Nordeste
Arcoverde	Pernambuco	Nordeste
Cabo de Santo Agostinho	Pernambuco	Nordeste
Camaraçibe	Pernambuco	Nordeste
Caruaru	Pernambuco	Nordeste
Garanhuns	Pernambuco	Nordeste
Jaboatão dos Guararapes	Pernambuco	Nordeste
Limoeiro	Pernambuco	Nordeste
Olinda	Pernambuco	Nordeste
Ouricuri	Pernambuco	Nordeste
Palmares	Pernambuco	Nordeste
Paulista	Pernambuco	Nordeste
Petrolina	Pernambuco	Nordeste
Recife	Pernambuco	Nordeste
Salgueiro	Pernambuco	Nordeste
Serra Talhada	Pernambuco	Nordeste
Vitória de Santo Antão	Pernambuco	Nordeste
Floriano	Piauí	Nordeste
Parnaíba	Piauí	Nordeste
Picos	Piauí	Nordeste
Teresina	Piauí	Nordeste
Angra dos Reis	Rio de Janeiro	Sudeste
Araruama	Rio de Janeiro	Sudeste
Barra do Piraí	Rio de Janeiro	Sudeste
Barra Mansa	Rio de Janeiro	Sudeste
Belford Roxo	Rio de Janeiro	Sudeste
Bom Jesus do Itabapoana	Rio de Janeiro	Sudeste
Cabo Frio	Rio de Janeiro	Sudeste
Cachoeiras de Macacu	Rio de Janeiro	Sudeste
Campos dos Goytacazes	Rio de Janeiro	Sudeste
Duque de Caxias	Rio de Janeiro	Sudeste
Guapimirim	Rio de Janeiro	Sudeste
Itaboraí	Rio de Janeiro	Sudeste
Itaguaí	Rio de Janeiro	Sudeste
Itaperuna	Rio de Janeiro	Sudeste
Japeri	Rio de Janeiro	Sudeste
Macaé	Rio de Janeiro	Sudeste

Município	Estado	Região
Magé	Rio de Janeiro	Sudeste
Mangaratiba	Rio de Janeiro	Sudeste
Maricá	Rio de Janeiro	Sudeste
Mesquita	Rio de Janeiro	Sudeste
Miguel Pereira	Rio de Janeiro	Sudeste
Miracema	Rio de Janeiro	Sudeste
Natividade	Rio de Janeiro	Sudeste
Nilópolis	Rio de Janeiro	Sudeste
Niterói	Rio de Janeiro	Sudeste
Nova Friburgo	Rio de Janeiro	Sudeste
Nova Iguaçu	Rio de Janeiro	Sudeste
Paracambi	Rio de Janeiro	Sudeste
Paraíba do Sul	Rio de Janeiro	Sudeste
Parati	Rio de Janeiro	Sudeste
Petrópolis	Rio de Janeiro	Sudeste
Piraí	Rio de Janeiro	Sudeste
Porciúncula	Rio de Janeiro	Sudeste
Queimados	Rio de Janeiro	Sudeste
Resende	Rio de Janeiro	Sudeste
Rio Bonito	Rio de Janeiro	Sudeste
Rio das Ostras	Rio de Janeiro	Sudeste
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Sudeste
São Gonçalo	Rio de Janeiro	Sudeste
São João de Meriti	Rio de Janeiro	Sudeste
São Pedro da Aldeia	Rio de Janeiro	Sudeste
Saquarema	Rio de Janeiro	Sudeste
Seropédica	Rio de Janeiro	Sudeste
Teresópolis	Rio de Janeiro	Sudeste
Três Rios	Rio de Janeiro	Sudeste
Valença	Rio de Janeiro	Sudeste
Vassouras	Rio de Janeiro	Sudeste
Volta Redonda	Rio de Janeiro	Sudeste
Mossoró	Rio Grande do Norte	Nordeste
Natal	Rio Grande do Norte	Nordeste
Parnamirim	Rio Grande do Norte	Nordeste
Alegrete	Rio Grande do Sul	Sul
Alvorada	Rio Grande do Sul	Sul
Bagé	Rio Grande do Sul	Sul
Bento Gonçalves	Rio Grande do Sul	Sul
Cachoeira do Sul	Rio Grande do Sul	Sul
Cachoeirinha	Rio Grande do Sul	Sul
Campo Bom	Rio Grande do Sul	Sul
Canoas	Rio Grande do Sul	Sul
Carazinho	Rio Grande do Sul	Sul

Município	Estado	Região
Caxias do Sul	Rio Grande do Sul	Sul
Charqueadas	Rio Grande do Sul	Sul
Cruz Alta	Rio Grande do Sul	Sul
Erechim	Rio Grande do Sul	Sul
Estrela	Rio Grande do Sul	Sul
Gravataí	Rio Grande do Sul	Sul
Guaíba	Rio Grande do Sul	Sul
Ijuí	Rio Grande do Sul	Sul
Itaqui	Rio Grande do Sul	Sul
Lajeado	Rio Grande do Sul	Sul
Novo Hamburgo	Rio Grande do Sul	Sul
Passo Fundo	Rio Grande do Sul	Sul
Pelotas	Rio Grande do Sul	Sul
Porto Alegre	Rio Grande do Sul	Sul
Rio Grande	Rio Grande do Sul	Sul
Santa Cruz do Sul	Rio Grande do Sul	Sul
Santa Maria	Rio Grande do Sul	Sul
Santana do Livramento	Rio Grande do Sul	Sul
Santiago	Rio Grande do Sul	Sul
Santo Ângelo	Rio Grande do Sul	Sul
São Borja	Rio Grande do Sul	Sul
São Gabriel	Rio Grande do Sul	Sul
São Leopoldo	Rio Grande do Sul	Sul
Sapucaia do Sul	Rio Grande do Sul	Sul
Taquara	Rio Grande do Sul	Sul
Torres	Rio Grande do Sul	Sul
Tramandaí	Rio Grande do Sul	Sul
Uruguaiana	Rio Grande do Sul	Sul
Vacaria	Rio Grande do Sul	Sul
Viamão	Rio Grande do Sul	Sul
Porto Velho	Rondônia	Norte
Vilhena	Rondônia	Norte
Boa Vista	Roraima	Norte
Araranguá	Santa Catarina	Sul
Balneário Camboriú	Santa Catarina	Sul
Biguaçu	Santa Catarina	Sul
Blumenau	Santa Catarina	Sul
Brusque	Santa Catarina	Sul
Caçador	Santa Catarina	Sul
Camboriú	Santa Catarina	Sul
Chapecó	Santa Catarina	Sul
Concórdia	Santa Catarina	Sul
Criciúma	Santa Catarina	Sul
Florianópolis	Santa Catarina	Sul

Município	Estado	Região
Gaspar	Santa Catarina	Sul
Içara	Santa Catarina	Sul
Imbituba	Santa Catarina	Sul
Indaial	Santa Catarina	Sul
Itajaí	Santa Catarina	Sul
Itapema	Santa Catarina	Sul
Jaraguá do Sul	Santa Catarina	Sul
Joaçaba	Santa Catarina	Sul
Joinville	Santa Catarina	Sul
Lages	Santa Catarina	Sul
Laguna	Santa Catarina	Sul
Navegantes	Santa Catarina	Sul
Palhoça	Santa Catarina	Sul
Rio do Sul	Santa Catarina	Sul
São Bento do Sul	Santa Catarina	Sul
São Francisco do Sul	Santa Catarina	Sul
São José	Santa Catarina	Sul
São Miguel do Oeste	Santa Catarina	Sul
Tijucas	Santa Catarina	Sul
Tubarão	Santa Catarina	Sul
Videira	Santa Catarina	Sul
Xanxerê	Santa Catarina	Sul
Americana	São Paulo	Sudeste
Américo Brasiliense	São Paulo	Sudeste
Amparo	São Paulo	Sudeste
Andradina	São Paulo	Sudeste
Aparecida	São Paulo	Sudeste
Araçatuba	São Paulo	Sudeste
Araraquara	São Paulo	Sudeste
Araras	São Paulo	Sudeste
Arujá	São Paulo	Sudeste
Assis	São Paulo	Sudeste
Atibaia	São Paulo	Sudeste
Avaré	São Paulo	Sudeste
Barretos	São Paulo	Sudeste
Barueri	São Paulo	Sudeste
Batatais	São Paulo	Sudeste
Bauru	São Paulo	Sudeste
Bebedouro	São Paulo	Sudeste
Bertioga	São Paulo	Sudeste
Birigui	São Paulo	Sudeste
Botucatu	São Paulo	Sudeste
Bragança Paulista	São Paulo	Sudeste
Caçapava	São Paulo	Sudeste

Município	Estado	Região
Caieiras	São Paulo	Sudeste
Cajamar	São Paulo	Sudeste
Campinas	São Paulo	Sudeste
Campo Limpo Paulista	São Paulo	Sudeste
Campos do Jordão	São Paulo	Sudeste
Capivari	São Paulo	Sudeste
Caraguatatuba	São Paulo	Sudeste
Carapicuíba	São Paulo	Sudeste
Catanduva	São Paulo	Sudeste
Cosmópolis	São Paulo	Sudeste
Cotia	São Paulo	Sudeste
Cruzeiro	São Paulo	Sudeste
Cubatão	São Paulo	Sudeste
Diadema	São Paulo	Sudeste
Embu	São Paulo	Sudeste
Fernandópolis	São Paulo	Sudeste
Ferraz de Vasconcelos	São Paulo	Sudeste
Franca	São Paulo	Sudeste
Francisco Morato	São Paulo	Sudeste
Franco da Rocha	São Paulo	Sudeste
Garça	São Paulo	Sudeste
Guaratinguetá	São Paulo	Sudeste
Guariba	São Paulo	Sudeste
Guarujá	São Paulo	Sudeste
Guarulhos	São Paulo	Sudeste
Hortolândia	São Paulo	Sudeste
Indaiatuba	São Paulo	Sudeste
Itanhaém	São Paulo	Sudeste
Itapecerica da Serra	São Paulo	Sudeste
Itapetininga	São Paulo	Sudeste
Itapeva	São Paulo	Sudeste
Itapevi	São Paulo	Sudeste
Itapira	São Paulo	Sudeste
Itaquaquecetuba	São Paulo	Sudeste
Itatiba	São Paulo	Sudeste
Itu	São Paulo	Sudeste
Ituverava	São Paulo	Sudeste
Jaboticabal	São Paulo	Sudeste
Jacareí	São Paulo	Sudeste
Jaguariúna	São Paulo	Sudeste
Jales	São Paulo	Sudeste
Jandira	São Paulo	Sudeste
Jardinópolis	São Paulo	Sudeste
Jaú	São Paulo	Sudeste

Município	Estado	Região
Jundiaí	São Paulo	Sudeste
Laranjal Paulista	São Paulo	Sudeste
Limeira	São Paulo	Sudeste
Lins	São Paulo	Sudeste
Lorena	São Paulo	Sudeste
Mairiporã	São Paulo	Sudeste
Marília	São Paulo	Sudeste
Matão	São Paulo	Sudeste
Mauá	São Paulo	Sudeste
Mirandópolis	São Paulo	Sudeste
Mirassol	São Paulo	Sudeste
Mococa	São Paulo	Sudeste
Mogi Guaçu	São Paulo	Sudeste
Moji das Cruzes	São Paulo	Sudeste
Moji-Mirim	São Paulo	Sudeste
Mongaguá	São Paulo	Sudeste
Monte Alto	São Paulo	Sudeste
Olímpia	São Paulo	Sudeste
Osasco	São Paulo	Sudeste
Ourinhos	São Paulo	Sudeste
Paraguaçu Paulista	São Paulo	Sudeste
Pariquera-Açu	São Paulo	Sudeste
Paulínia	São Paulo	Sudeste
Pederneiras	São Paulo	Sudeste
Penápolis	São Paulo	Sudeste
Peruíbe	São Paulo	Sudeste
Pindamonhangaba	São Paulo	Sudeste
Piracicaba	São Paulo	Sudeste
Pirajuí	São Paulo	Sudeste
Poá	São Paulo	Sudeste
Porto Ferreira	São Paulo	Sudeste
Praia Grande	São Paulo	Sudeste
Presidente Epitácio	São Paulo	Sudeste
Presidente Prudente	São Paulo	Sudeste
Presidente Venceslau	São Paulo	Sudeste
Promissão	São Paulo	Sudeste
Registro	São Paulo	Sudeste
Ribeirão Pires	São Paulo	Sudeste
Ribeirão Preto	São Paulo	Sudeste
Rio Claro	São Paulo	Sudeste
Salto	São Paulo	Sudeste
Santa Bárbara d'Oeste	São Paulo	Sudeste
Santa Fé do Sul	São Paulo	Sudeste
Santa Isabel	São Paulo	Sudeste

Município	Estado	Região
Santo André	São Paulo	Sudeste
Santos	São Paulo	Sudeste
São Bernardo do Campo	São Paulo	Sudeste
São Caetano do Sul	São Paulo	Sudeste
São Carlos	São Paulo	Sudeste
São João da Boa Vista	São Paulo	Sudeste
São Joaquim da Barra	São Paulo	Sudeste
São José do Rio Pardo	São Paulo	Sudeste
São José do Rio Preto	São Paulo	Sudeste
São José dos Campos	São Paulo	Sudeste
São Paulo	São Paulo	Sudeste
São Roque	São Paulo	Sudeste
São Sebastião	São Paulo	Sudeste
São Vicente	São Paulo	Sudeste
Serrana	São Paulo	Sudeste
Sertãozinho	São Paulo	Sudeste
Sorocaba	São Paulo	Sudeste
Sumaré	São Paulo	Sudeste
Suzano	São Paulo	Sudeste
Taboão da Serra	São Paulo	Sudeste
Taquaritinga	São Paulo	Sudeste
Tatuí	São Paulo	Sudeste
Taubaté	São Paulo	Sudeste
Tremembé	São Paulo	Sudeste
Tupã	São Paulo	Sudeste
Ubatuba	São Paulo	Sudeste
Valinhos	São Paulo	Sudeste
Vargem Grande Paulista	São Paulo	Sudeste
Várzea Paulista	São Paulo	Sudeste
Vinhedo	São Paulo	Sudeste
Votorantim	São Paulo	Sudeste
Votuporanga	São Paulo	Sudeste
Aracaju	Sergipe	Nordeste
Araguaína	Tocantins	Norte
Gurupi	Tocantins	Norte
Palmas	Tocantins	Norte

Apêndice B

Base de dados (Subamostra aleatória-AmostraA)-

248 municípios que aderiram à PInC

Município	Estado	Região
Cruzeiro do Sul	Acre	Norte
Rio Branco	Acre	Norte
Maceió	Alagoas	Nordeste
Palmeira dos Índios	Alagoas	Nordeste
União dos Palmares	Alagoas	Nordeste
Macapá	Amapá	Norte
Oiapoque	Amapá	Norte
Manaus	Amazonas	Norte
Parintins	Amazonas	Norte
Tabatinga	Amazonas	Norte
Barreiras	Bahia	Nordeste
Eunápolis	Bahia	Nordeste
Guanambi	Bahia	Nordeste
Ilhéus	Bahia	Nordeste
Itaberaba	Bahia	Nordeste
Itabuna	Bahia	Nordeste
Jequié	Bahia	Nordeste
Juazeiro	Bahia	Nordeste
Lauro de Freitas	Bahia	Nordeste
Porto Seguro	Bahia	Nordeste
Remanso	Bahia	Nordeste
Salvador	Bahia	Nordeste
Santo Antônio de Jesus	Bahia	Nordeste
Vitória da Conquista	Bahia	Nordeste
Aracati	Ceará	Nordeste
Cascavel	Ceará	Nordeste
Crato	Ceará	Nordeste
Juazeiro do Norte	Ceará	Nordeste
Maranguape	Ceará	Nordeste
Russas	Ceará	Nordeste

Município	Estado	Região
Alfredo Chaves	Espírito Santo	Sudeste
Anchieta	Espírito Santo	Sudeste
Cachoeiro de Itapemirim	Espírito Santo	Sudeste
Cariacica	Espírito Santo	Sudeste
Castelo	Espírito Santo	Sudeste
Jaguare	Espírito Santo	Sudeste
Linhares	Espírito Santo	Sudeste
Rio Bananal	Espírito Santo	Sudeste
Santa Maria de Jetibá	Espírito Santo	Sudeste
São Mateus	Espírito Santo	Sudeste
Serra	Espírito Santo	Sudeste
Vila Velha	Espírito Santo	Sudeste
Vitória	Espírito Santo	Sudeste
Anápolis	Goiás	Centro-Oeste
Luziânia	Goiás	Centro-Oeste
Planaltina	Goiás	Centro-Oeste
Rio Verde	Goiás	Centro-Oeste
Bacabal	Maranhão	Nordeste
Balsas	Maranhão	Nordeste
Coroatá	Maranhão	Nordeste
Itapecuru Mirim	Maranhão	Nordeste
Santa Inês	Maranhão	Nordeste
Alta Floresta	Mato Grosso	Centro-Oeste
Barra do Garças	Mato Grosso	Centro-Oeste
Cuiabá	Mato Grosso	Centro-Oeste
Diamantino	Mato Grosso	Centro-Oeste
Juara	Mato Grosso	Centro-Oeste
Rondonópolis	Mato Grosso	Centro-Oeste
Naviraí	Mato Grosso do Sul	Centro-Oeste
Paranaíba	Mato Grosso do Sul	Centro-Oeste
Ponta Porã	Mato Grosso do Sul	Centro-Oeste
Três Lagoas	Mato Grosso do Sul	Centro-Oeste
Araguari	Minas Gerais	Sudeste
Araxá	Minas Gerais	Sudeste
Belo Horizonte	Minas Gerais	Sudeste
Coronel Fabriciano	Minas Gerais	Sudeste
Diamantina	Minas Gerais	Sudeste
Frutal	Minas Gerais	Sudeste
Ipatinga	Minas Gerais	Sudeste
Itajubá	Minas Gerais	Sudeste
Itaobim	Minas Gerais	Sudeste
Juiz de Fora	Minas Gerais	Sudeste
Luz	Minas Gerais	Sudeste
Patos de Minas	Minas Gerais	Sudeste

Município	Estado	Região
Pirapora	Minas Gerais	Sudeste
Poços de Caldas	Minas Gerais	Sudeste
Ponte Nova	Minas Gerais	Sudeste
Pouso Alegre	Minas Gerais	Sudeste
Ribeirão das Neves	Minas Gerais	Sudeste
Santos Dumont	Minas Gerais	Sudeste
São Lourenço	Minas Gerais	Sudeste
São Sebastião do Paraíso	Minas Gerais	Sudeste
Timóteo	Minas Gerais	Sudeste
Uberaba	Minas Gerais	Sudeste
Uberlândia	Minas Gerais	Sudeste
Varginha	Minas Gerais	Sudeste
Abaetetuba	Pará	Norte
Ananindeua	Pará	Norte
Belém	Pará	Norte
Parauapebas	Pará	Norte
Santarém	Pará	Norte
Tucuruí	Pará	Norte
Bayeux	Paraíba	Nordeste
Cabedelo	Paraíba	Nordeste
Campina Grande	Paraíba	Nordeste
Apucarana	Paraná	Sul
Arapongas	Paraná	Sul
Castro	Paraná	Sul
Cornélio Procópio	Paraná	Sul
Foz do Iguaçu	Paraná	Sul
Francisco Beltrão	Paraná	Sul
Guarapuava	Paraná	Sul
Irati	Paraná	Sul
Londrina	Paraná	Sul
Maringá	Paraná	Sul
Pato Branco	Paraná	Sul
Pinhais	Paraná	Sul
Ponta Grossa	Paraná	Sul
São José dos Pinhais	Paraná	Sul
Telêmaco Borba	Paraná	Sul
Afogados da Ingazeira	Pernambuco	Nordeste
Arcoverde	Pernambuco	Nordeste
Cabo de Santo Agostinho	Pernambuco	Nordeste
Camaragibe	Pernambuco	Nordeste
Garanhuns	Pernambuco	Nordeste
Limoeiro	Pernambuco	Nordeste
Palmares	Pernambuco	Nordeste
Salgueiro	Pernambuco	Nordeste

Município	Estado	Região
Serra Talhada	Pernambuco	Nordeste
Teresina	Piauí	Nordeste
Angra dos Reis	Rio de Janeiro	Sudeste
Araruama	Rio de Janeiro	Sudeste
Cabo Frio	Rio de Janeiro	Sudeste
Campos dos Goytacazes	Rio de Janeiro	Sudeste
Duque de Caxias	Rio de Janeiro	Sudeste
Guapimirim	Rio de Janeiro	Sudeste
Itaboraí	Rio de Janeiro	Sudeste
Itaguaí	Rio de Janeiro	Sudeste
Japeri	Rio de Janeiro	Sudeste
Magé	Rio de Janeiro	Sudeste
Mangaratiba	Rio de Janeiro	Sudeste
Mesquita	Rio de Janeiro	Sudeste
Miracema	Rio de Janeiro	Sudeste
Natividade	Rio de Janeiro	Sudeste
Nilópolis	Rio de Janeiro	Sudeste
Paracambi	Rio de Janeiro	Sudeste
Piraí	Rio de Janeiro	Sudeste
Porciúncula	Rio de Janeiro	Sudeste
Rio Bonito	Rio de Janeiro	Sudeste
São Gonçalo	Rio de Janeiro	Sudeste
São João de Meriti	Rio de Janeiro	Sudeste
São Pedro da Aldeia	Rio de Janeiro	Sudeste
Squarema	Rio de Janeiro	Sudeste
Seropédica	Rio de Janeiro	Sudeste
Três Rios	Rio de Janeiro	Sudeste
Vassouras	Rio de Janeiro	Sudeste
Mossoró	Rio Grande do Norte	Nordeste
Natal	Rio Grande do Norte	Nordeste
Parnamirim	Rio Grande do Norte	Nordeste
Alegrete	Rio Grande do Sul	Sul
Bagé	Rio Grande do Sul	Sul
Cachoeira do Sul	Rio Grande do Sul	Sul
Carazinho	Rio Grande do Sul	Sul
Caxias do Sul	Rio Grande do Sul	Sul
Cruz Alta	Rio Grande do Sul	Sul
Erechim	Rio Grande do Sul	Sul
Guaíba	Rio Grande do Sul	Sul
Lajeado	Rio Grande do Sul	Sul
Passo Fundo	Rio Grande do Sul	Sul
Porto Alegre	Rio Grande do Sul	Sul
Rio Grande	Rio Grande do Sul	Sul
Santa Cruz do Sul	Rio Grande do Sul	Sul

Município	Estado	Região
Santo Ângelo	Rio Grande do Sul	Sul
São Borja	Rio Grande do Sul	Sul
São Gabriel	Rio Grande do Sul	Sul
São Leopoldo	Rio Grande do Sul	Sul
Torres	Rio Grande do Sul	Sul
Tramandaí	Rio Grande do Sul	Sul
Porto Velho	Rondônia	Norte
Araranguá	Santa Catarina	Sul
Balneário Camburiú	Santa Catarina	Sul
Biguaçu	Santa Catarina	Sul
Blumenau	Santa Catarina	Sul
Brusque	Santa Catarina	Sul
Caçador	Santa Catarina	Sul
Camboriú	Santa Catarina	Sul
Chapecó	Santa Catarina	Sul
Florianópolis	Santa Catarina	Sul
Gaspar	Santa Catarina	Sul
Içara	Santa Catarina	Sul
Itajaí	Santa Catarina	Sul
Joinville	Santa Catarina	Sul
Lages	Santa Catarina	Sul
Laguna	Santa Catarina	Sul
Palhoça	Santa Catarina	Sul
Rio do Sul	Santa Catarina	Sul
São Bento do Sul	Santa Catarina	Sul
São José	Santa Catarina	Sul
São Miguel do Oeste	Santa Catarina	Sul
Xanxerê	Santa Catarina	Sul
Américo Brasiliense	São Paulo	Sudeste
Andradina	São Paulo	Sudeste
Aparecida	São Paulo	Sudeste
Araras	São Paulo	Sudeste
Arujá	São Paulo	Sudeste
Bebedouro	São Paulo	Sudeste
Bertioga	São Paulo	Sudeste
Bragança Paulista	São Paulo	Sudeste
Campinas	São Paulo	Sudeste
Campo Limpo Paulista	São Paulo	Sudeste
Campos do Jordão	São Paulo	Sudeste
Caraguatatuba	São Paulo	Sudeste
Carapicuíba	São Paulo	Sudeste
Catanduva	São Paulo	Sudeste
Cosmópolis	São Paulo	Sudeste
Cotia	São Paulo	Sudeste

Município	Estado	Região
Cubatão	São Paulo	Sudeste
Embu	São Paulo	Sudeste
Ferraz de Vasconcelos	São Paulo	Sudeste
Franca	São Paulo	Sudeste
Francisco Morato	São Paulo	Sudeste
Franco da Rocha	São Paulo	Sudeste
Guarujá	São Paulo	Sudeste
Hortolândia	São Paulo	Sudeste
Itapecerica da Serra	São Paulo	Sudeste
Itapetininga	São Paulo	Sudeste
Itapeva	São Paulo	Sudeste
Itapevi	São Paulo	Sudeste
Jacareí	São Paulo	Sudeste
Jales	São Paulo	Sudeste
Jardinópolis	São Paulo	Sudeste
Jaú	São Paulo	Sudeste
Laranjal Paulista	São Paulo	Sudeste
Limeira	São Paulo	Sudeste
Lins	São Paulo	Sudeste
Mairiporã	São Paulo	Sudeste
Marília	São Paulo	Sudeste
Matão	São Paulo	Sudeste
Moji-Mirim	São Paulo	Sudeste
Paraguaçu Paulista	São Paulo	Sudeste
Pindamonhangaba	São Paulo	Sudeste
Pirajuí	São Paulo	Sudeste
Porto Ferreira	São Paulo	Sudeste
Promissão	São Paulo	Sudeste
Ribeirão Pires	São Paulo	Sudeste
Santa Bárbara d'Oeste	São Paulo	Sudeste
Santa Isabel	São Paulo	Sudeste
São Bernardo do Campo	São Paulo	Sudeste
São Joaquim da Barra	São Paulo	Sudeste
São José dos Campos	São Paulo	Sudeste
São Roque	São Paulo	Sudeste
São Sebastião	São Paulo	Sudeste
São Vicente	São Paulo	Sudeste
Tupã	São Paulo	Sudeste
Valinhos	São Paulo	Sudeste
Vargem Grande Paulista	São Paulo	Sudeste
Vinhedo	São Paulo	Sudeste
Palmas	Tocantins	Norte

g) APÊNDICE C
h) CONDUÇÃO DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DA LITERATURA

Fontes: Sabi UFRGS; Scielo; Google Scholar; Portal Periódicos da Capes.

String utilizada: “descentralização aids brasil”; “politica de incentivo aids”; “politica de incentivo” AND “aids” AND “programa nacional” AND “brasil”

Período considerado: a partir de 2002

Filtros utilizados: -

Crítérios de inclusão: (a) trabalhos publicados e disponíveis integralmente em bases de dados científicas ou em versões impressas;

Crítérios de exclusão: (b) trabalhos publicados como artigos curtos ou pôsteres; (c) trabalhos que não tenham passado pela revisão por pares (no caso de artigos); (d) após análise dos resumos, caso não haja correspondência com a temática em análise.

Observação: 346 artigos encontrados no Google Scholar. Apenas trabalhos das 10 primeiras páginas foram pré-selecionados.

Lista de artigos encontrados:

1. ALMEIDA, Ana Isabella Sousa. Dinâmica societária e coalizões de defesa: o enfrentamento à epidemia de Aids no município do Rio de Janeiro. 2018. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/30871>
2. BARBOSA, Maria Aparecida Teixeira. A importância da elaboração dos PAM para redução da transmissão vertical do HIV. Monografia apresentada para obtenção do título de Especialista no curso de Especialização de prevenção do HIV/AIDS no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011. http://www3.crt.saude.sp.gov.br/iec/curso_nepaids/Barbosa_MAT.pdf
3. BARBOZA, Renato. Gestão do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das ações no período de 1994 a 2003.

Programa de Pós-Graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2006.

4. BARBOZA, Renato. Acordos de empréstimo para Aids e a Política de Incentivo no Sistema Único de Saúde: avanços e lacunas. *Cad Saúde Coletiva*, 2021.
5. BERNARDI, Claudia Barros. Análise da política do incentivo no âmbito das DST/HIV/AIDS em quatro municípios do Estado de São Paulo. Trabalho de conclusão apresentada ao curso de especialização em Prevenção ao HIV/AIDS no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.
http://www3.crt.saude.sp.gov.br/iec/curso_nepaids/Bernardi_CB.pdf
6. BERNARDI, Osman Miguel. Mudança nas capacidades estatais e impacto sobre a sociedade civil: a política de HIV/AIDS em Novo Hamburgo. Dissertação de mestrado. Porto Alegre: UFRGS, 2014, 103p.
7. CALAZANS, Gabriela Junqueira; PINHEIRO, Thiago Félix; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*. / n. 29 - ago. / ago. / aug. 2018 - pp.263-293.
https://observatorio.fm.usp.br/bitstream/handle/OPI/30734/art_CALAZANS_Vulnerabilidade_programatica_e_cuidado_publico_Panorama_das_politicas_2018.PDF?sequence=1&isAllowed=y
8. CAMPOS, Luiz Claudio Marques. Estado e terceiro setor na prestação de serviços públicos: o programa Nacional de DST e Aids: 1994-2005. Dissertação de mestrado. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2005.
<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/2394/114420.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
9. CAMPOS, Luiz Claudio Marques. ONGs/AIDS: acesso a fundos públicos e sustentabilidade de ações. *Rev. adm. empres.*, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 81-93, Sept. 2008. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902008000300008&lng=en&nrm=iso.
10. CASTRO, Beatriz Maria do Canto. Descentralização dos programas DST/AIDS: uma análise preliminar do processo. Trabalho de conclusão(especialização) - UFRGS. Faculdade de Medicina. Curso de Especialização em Saúde Pública, Porto Alegre, 2004.
11. CENEVIVA, Ricardo; FARAH, Marta Ferreira Santos. Avaliação, informação e responsabilização no setor público. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, p.

- 993-1016, Aug. 2012. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122012000400005&lng=en&nrm=iso
12. DANTAS, Jean Carlos de Oliveira *et al.*. Governo e Organizações não Governamentais: resposta articulada à epidemia de AIDS no Estado de São Paulo. In: BARBOZA, Renato; SILVA, Valéria Nanci (Orgs). Sociedade civil: a diferença na resposta paulista ao HIV/AIDS. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, 2013. p.11-19.
13. DUARTE, Carlos Alberto Ebeling. O paradoxo da descentralização no financiamento para as ações de DST/AIDS: visão de entidades representativas do movimento social em municípios selecionados do Rio Grande do Sul. Trabalho de conclusão(especialização) - UFRGS. Faculdade de Medicina. Curso de Especialização em Saúde Pública, Porto Alegre, 2008.
14. FONSECA, Elize Massard da *et al.*. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2134-2144, Sept. 2007. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900021&lng=en&nrm=iso.
15. GRANGEIRO, Alexandre *et al.*. A epidemia de AIDS no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço.
<https://www.scielosp.org/article/csp/2010.v26n12/2355-2367/pt/>
16. GRANGEIRO, Alexandre *et al.*. Estratégias de descentralização e municipalização da resposta à aids no Brasil: implicações para as secretarias de saúde e organizações não governamentais. Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva. Brasília, v. 4, n. 2, p. 15-33, 2010. Disponível em: <
<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/789/776>.
17. GRANGEIRO, Alexandre; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; CASTILHO, Euclides Ayres de. Evaluation of strategies by the Brazilian Ministry of Health to stimulate the municipal response to AIDS. Cadernos de Saúde Pública; 27(); s114-s128; 2011. <https://www.scielosp.org/article/csp/2011.v27suppl1/s114-s128/>
18. GRANGEIRO, Alexandre; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; SILVA, Sara Romera da; CERVANTES, Vilma; TEIXEIRA, Paulo Roberto. - Características da resposta à Aids de secretarias de saúde, no contexto da Política de Incentivo do Ministério da Saúde - Saúde e Sociedade; 21(4); 954-975; 2012-12. Disponível em:
<https://www.scielosp.org/article/sausoc/2012.v21n4/954-975/>
19. JÚNIOR, Cláudio Celso Monteiro. Ações em DST/HIV/Aids em unidades básicas de saúde e planos de ações e metas: apontamentos sobre quatro municípios paulistas. Dissertação de mestrado. São Paulo: Coordenadoria de Controle de Doenças da

- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2008.
http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca crt/232-Tese CCD ISP Monteiro Jr Claudio C 2008.pdf
20. KADRI, Michele Rocha; SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. - As Organizações da Sociedade Civil no enfrentamento à AIDS no Amazonas, Brasil - *Ciência & Saúde Coletiva*; 20(5); 1331-1339; 2015-05.
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000501331&lang=pt
21. LAGO, Regina Ferro do; COSTA, Nilson do Rosário. Dilemas da política de distribuição de medicamentos antirretrovirais no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*; 15(); 3529-3540; 2010-11. Disponível em:
<https://www.scielosp.org/article/csc/2010.v15suppl3/3529-3540/>
22. LANDIM, Edivânia Lúcia Araújo Santos. Descentralização da gestão do programa de DST/AIDS no estado da Bahia: desafios para o município como território de práticas de saúde. Dissertação de mestrado. Bahia: Universidade Federal da Bahia, 2008.
<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/8083>
23. LOSEKANN, Sabine Dias. Análise do Sistema de Planejamento e Gestão das Ações de DST / Aids no estado do Rio de Janeiro como ferramenta estratégica. 2013. 105 f. Tese (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26388>
24. MALISKA, Isabel Cristina Alves; PADILHA, Maria Itayra; ANDRADE, Selma Regina. - Policies directed towards STD/AIDS and their political-care integration in the context of the SUS: a study of the city of Florianópolis, SC, Brazil - *Texto & Contexto - Enfermagem*; 23(3); 639-647; 2014-09.
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300639&lang=pt
25. MARTINS, Maria Paula Regiani do Canto. LINS, Ruthineia Diógenes Alves Uchoa (Orient.). Acolhimento institucional a novos coordenadores municipais do programa DST/HIV/AIDS. 2017. 15 f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialização em Gestão da Política de DST, AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose – Educação a Distância) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.
<https://monografias.ufrn.br/jspui/handle/123456789/6613>
26. MENDONÇA, Patrícia Maria Emenreenciano; LEITE, Ana Clara Navarro. Evolução Histórica das Parcerias Estado-OSCs: comparação das políticas de Aids, Assistência Social e Cultura Viva. *Revista NAU Social* - v.8, n.15, p. 27-45 Nov 2017 / Abr 2018.
<https://cienciasmedicasbiologicas.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/31380/1818>

27. MOURA, Lilian Nobre de; LEMOS, Stela Maris Aguiar. Avaliação das ações de um programa de DST/AIDS e Hepatites virais: percepção dos gestores. Revista Médica de Minas Gerais. 2020; 30: e-30101, 2018.
28. PAIVA, Vera; PUPO, Ligia Rivero; BARBOZA, Renato. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 40, supl. p. 109-119, Apr. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000800015&lng=en&nrm=iso.
29. PIMENTA, Cristina *et al.* (Orgs). Seminário: descentralização das políticas e ações em saúde: impactos e desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS – relatoria. Rio de Janeiro: ABIA, 2011. http://www.abiaids.org.br/img/media/APRIM_DEB_III_internet.pdf
30. PIRES, Denise. Ribeiro Franqueira. Alguns apontamentos sobre o processo de descentralização do Programa de Aids. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social, 2006.
31. SILVA, Flavia Lucia Ribeiro. Os programas municipais de DST/AIDS da região metropolitana II: as metas estão sendo cumpridas? Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2006, 114p. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5227>
32. SILVA, Sara Romero da. SILVA, Valéria Nanci. Financiamento de projetos de Organizações Não Governamentais no Estado de São Paulo: uma análise do processo de descentralização dos recursos. In: BARBOZA, Renato; SILVA, Valéria Nanci (Orgs). Sociedade civil: a diferença na resposta paulista ao HIV/AIDS. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, 2013. p. 19-25
33. STANISE, Valter Luiz. Avaliação do grau de institucionalização dos programas municipais de DST / HIV / AIDS na regional de saúde de Campinas São Paulo, Brasil. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2008, 114p. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4680>
34. TAGLIETTA, Moisés Francisco Baldo. Avaliação da implementação do incentivo no âmbito do programa nacional de HIV/Aids e outras DST em dois municípios do Estado de São Paulo. Rio Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2006.
35. VENTURA, Deisy. Saúde pública e política externa brasileira. Revista Internacional de Direitos Humanos. 99-117 (2013). <https://www.files.ethz.ch/isn/180263/mioloFull-Portuguese.pdf#page=99>

Lista de artigos com status de inclusão ou exclusão:

Artigo	CrITÉrios de inclusão atendidos	CrITÉrios de exclusão atendidos	Status
1.	(a)	(d)	excluído
2.	(a)	-	incluído
3.	(a)	-	incluído
4.	(a)	-	incluído
5.	(a)	-	incluído
6.	(a)	-	incluído
7.	(a)	(d)	excludo
8.	(a)	-	incluído
9.	(a)	-	incluído
10.	(a)	-	incluído
11.	(a)	(d)	excludo
12.	-	(c)	Includo com ressalvas
13.	(a)	-	incluído
14.	(a)	-	incluído
15.	(a)	(d)	excludo
16.	(a)	-	incluído
17.	(a)	-	incluído
18.	(a)	-	incluído
19.	(a)	-	incluído
20.	(a)	-	incluído
21.	(a)	(d)	excludo
22.	(a)	-	incluído
23.	(a)	(d)	excludo
24.	(a)	(d)	excluído
25.	(a)	(d)	excluído
26.	(a)	(d)	excluído
27.	(a)	-	incluído
28.	(a)	-	incluído
29.	-	(c)	Incluído com ressalvas
30.	(a)	-	incluído
31.	(a)	-	incluído
32.	-	(c)	Incluído com ressalvas
33.	(a)	-	incluído

Artigo	Critérios de inclusão atendidos	Critérios de exclusão atendidos	Status
34.	(a)	-	incluído
35.	(a)	(d)	excluído

Apêndice D

LINHA DO TEMPO: A AIDS NO CENÁRIO GLOBAL, 1981-2015¹²⁹

1981	CDC (EUA) publica <i>no Morbidity and Mortality Weekly Report</i> um relato sobre cinco casos de <i>Pneumocystis carinii</i> em jovens homens homossexuais.
	Fundando, em Nova York, o <i>Gay Men's Health Crisis</i> (GMHC).
1982	A síndrome, antes chamada de "Doença dos 5H", é renomeada para Aids. Identifica-se três possíveis modos de transmissão do vírus da Aids: contato sexual, uso de drogas e exposição a sangue e seus derivados.
1983	Instituto Pasteur, na França, isola um novo vírus, denominado LAV. Conforme acreditavam, esse seria o agente patogênico causador da Aids.

¹²⁹ Entre as principais fontes utilizadas para construção da linha do tempo encontram-se Mann, Tarantola e Netter (1993), Galvão (2000; 2002) e Sehovic (2017).

Robert Gallo, do Instituto Nacional do Câncer, isola o vírus denominado HTLV-III, e o governo norte-americano o anuncia como o pesquisador responsável por descobrir o vírus causador da Aids.

1984 A Aids passa a ser uma doença notificável nos EUA.

Em São Francisco (EUA), orienta-se que todas as saunas sejam fechadas.

É disponibilizado nos EUA o primeiro teste para detecção do HIV.

1985 Realização da I Conferência Internacional de Aids, em Atlanta (EUA).

A Alemanha publicou o primeiro documento indicando as estratégias de combate ao HIV/Aids.

OMS cria o *Special Programme on Aids*.

Realização da II Conferência Internacional de Aids, em Paris (França).

1986 A África do Sul desconsiderou o alerta dos profissionais de saúde, segundo o qual o país vivia sob uma crescente disseminação da Aids.

Após avaliação de um comitê internacional chegou-se a conclusão de que os vírus isolados pelos pesquisadores franceses e norte-americanos (LAV e HTLV-III) eram, na verdade, o mesmo vírus - agora renomeado HIV.

Realização da III Conferência Internacional de Aids, em Washington (EUA).

Fundado em Nova York (EUA) o ACT UP.

O presidente norte-americano Reagan menciona, pela primeira vez em um discurso público, o HIV.

A OMS muda o *Special Programme on Aids* e o renomeia como *Global Programme on Aids*. O programa seria encerrado em 1995.

HIV/Aids foi um dos temas abordados durante as eleições no parlamento alemão.

1987

O medicamento AZT, originalmente desenvolvido para combater o câncer, tornou-se a primeira medicação a ser aprovada e utilizada no enfrentamento ao HIV.

TASO (*The Aids Support Organization*), uma das maiores ONGs africanas, é fundada em Uganda.

EUA aprovam legislação que proíbe a entrada de PVHA.

Estabelece-se em Londres (UK), o *Steering Committee of People Living with HIV/Aids*. Em 1992, o nome seria alterado para *Global Network of People Living with HIV/Aids* (GNP+).

Realizada em Londres (UK) a primeira Conferência do *International Steering Committee of People Living with HIV/Aids*.

1988	<p>Realizada a IV Conferência Internacional de Aids, em Estocolmo (Suécia).</p> <p>A OMS estabelece que o dia 1º de dezembro será o Dia Mundial de Luta contra a Aids.</p>
1989	<p>Realização da V Conferência Internacional de Aids, em Montreal (Canadá).</p> <p>Precedendo a V Conferência Internacional de Aids, realiza-se o I Encontro Internacional de ONGs com atuação no campo do HIV/Aids.</p>
1990	<p>Realização do II Encontro Internacional de ONGs com atuação no campo do HIV/Aids, em Paris (França).</p> <p>Criação do <i>International Council of Aids Service Organizations</i> (ICASO).</p> <p>Em Kampala (Uganda), é estabelecido o <i>The Aids Information Center</i>, o primeiro programa no continente africano a oferecer testagem voluntária e aconselhamento em HIV/Aids.</p> <p>Realização da VI Conferência Internacional de Aids, em São Francisco (EUA).</p>
1991	<p>Realização da VII Conferência Internacional de Aids, em Florença (Itália).</p> <p>O laço vermelho é lançado como símbolo internacional de conscientização em torno da epidemia de HIV/Aids.</p>

	Realização da VIII Conferência Internacional de Aids, em Amsterdã (Holanda).
1992	<p>Criação da <i>International Community of Women Living with HIV/Aids</i> (ICW).</p> <p>O governo sul-africano estabeleceu uma a chamada <i>Networking HIV/Aids Community of South Africa</i> (NACOSA), reconhecendo a epidemia de Aids como um desafio a ser enfrentado.</p>
1994	<p>Criação da UNAIDS. Essa seria a primeira organização da ONU dedicada a uma única questão e entraria em funcionamento em 1996.</p> <p>O presidente norte-americano Bill Clinton publica a <i>US Aids Estrategy</i>.</p>
1996	XI Conferência Internacional de Aids, realizada em Vancouver/Canadá. Nesse evento foram apresentadas as novidades relacionadas à terapia combinada, conhecida como “coquetel”.
1998-2001	O governo sul-africano é processado pelo consórcio de companhias farmacêuticas responsáveis pela produção e fornecimento de ARVs. A ação tinha como objetivo impedir que o país adquirisse medicamentos genéricos no Brasil e na Índia.
2000	<p>O <i>United Nations Security Council</i> (UNSC) aprovou a resolução 1308, encorajando os estados nacionais a enfrentarem a epidemia de HIV/Aids.</p> <p>ONU anuncia os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. A meta de nº 6 mencionava a necessidade de barrar o avanço da epidemia de Aids até 2015.</p>

2001	Aprovada na Assembleia Geral da ONU a Declaração de Compromisso em torno do HIV/Aids.
2003	Acordo e publicação dos <i>Three Ones Principles</i> .
2006	Aprovada pela Assembleia Geral da ONU a Declaração Política sobre HIV/Aids, cujo objetivo era promover o acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e serviços de apoio.
2010	OS EUA retira a proibição que impedia que PVHA viajassem ao País. Governo Obama pública a Estratégia Nacional de HIV/Aids para os EUA. UNGA aprovou a “Declaração Política sobre HIV/Aids: intensificando nossos esforços para eliminar o HIV/Aids”.
2014	UNAIDS e OMS anunciaram os objetivos 90-90-90.
2015	ONU anuncia os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. A meta 3.3, que trata de combate e enfrentamento a doenças, estabelece que as epidemias de TB, Malária e HIV/Aids serão erradicadas até 2030.

APÊNDICE E

LINHA DO TEMPO: A Aids NO CENÁRIO NACIONAL (BRASIL), 1980 – 2017

130

1980	Identifica-se, em retrospecto, o primeiro caso de Aids no País, em São Paulo (SP), e o primeiro óbito. O caso é registrado como masculino e de transmissão sexual.
1981	A Aids passa a ser conhecida no Brasil, a partir das primeiras matérias produzidas pela mídia nacional. Em março o Jornal do Brasil, divulga uma das primeiras matérias sobre a Aids, intitulada “Câncer em homossexuais é pesquisado nos EUA”.
1982	De acordo com as notícias divulgadas pela mídia nacional em 1983, este foi o ano em que teriam ocorrido os primeiros casos de Aids no Brasil.
	O primeiro caso de Aids no sexo feminino é registrado.
	Criado, em São Paulo, no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado, o primeiro programa de Aids no Brasil.
1983	O grupo <i>gay</i> paulista Outra Coisa, distribui folhetos com informações sobre a Aids e sobre as formas de prevenção. Esse é um dos primeiros trabalhos comunitários de que se têm notícias no País.
	O Boletim Epidemiológico ¹³¹ reporta 39 casos de Aids, sendo 2 casos em mulheres. Foram reportados, ainda, 38 óbitos, sendo 2 deles entre mulheres.

¹³⁰ Entre as principais fontes utilizadas para construção desta linha do tempo encontram-se aquela produzida e divulgada pelo Ministério da Saúde (disponível em: MS/BR, s/d: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-Aids-linha-do-tempo>; GALVÃO (2000; 2002)

¹³¹ O Boletim Epidemiológico de HIV/Aids só passou a circular, em seu formato impresso, a partir de 1987. Nesse primeiro número, foram incluídos os casos diagnosticados em anos anteriores e também aqueles que, ocorridos antes da emergência da Aids no Brasil, foram identificados como parte da epidemia retrospectivamente.

É criado um programa de controle da Aids em nível federal (Portaria nº 236/85 do Ministério da Saúde). As diretrizes previstas pela Portaria estabeleciam que o programa de controle da Aids ficaria sob a coordenação da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária.

É instituído o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA), considerada primeira ONG do Brasil e da América Latina.

1985

Nomeação de Lair Guerra de Macedo Rodrigues para conduzir as atividades nacionais direcionadas ao enfrentamento à Aids.

Fundada, em São Paulo/SP, a primeira casa de apoio para pessoas com HIV/Aids, a Casa de Apoio Brenda Lee¹³².

Criado, em abril, a Comissão de Assessoramento em Aids (Portaria nº 199/GM), atual Comissão Nacional de Aids (CNAIDS).

Diagnóstico laboratorial passou a ser realizado no Brasil.

É criado, no âmbito do Ministério da Saúde, a Divisão de DST/Aids.

1986

Publicação da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986, que torna compulsória a notificação da Aids e sífilis congênita em todo território nacional.

Fundada, no Rio de Janeiro/RJ, a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), coordenada, à época, por Herbert de Souza (Betinho). A Aids passa a ser uma doença de notificação compulsória (Portaria Ministerial nº 542/86).

1987

Em Porto Alegre/RS, é criado o primeiro Centro de Orientação Sorológica (COAS).

¹³² Segundo Galvão (2000, p.10), “criada pela travesti Brenda Lee – que transformou o local onde recebia clientes, chamado “Palácio das Princesas”, em casa de apoio para pessoas soropositivas – atendia, sobretudo, gays e travestis pobres que não tinham para onde ir ao ficarem doentes”.

Ano em que o Boletim Epidemiológico HIV/Aids passa a ser publicado.

É criado, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de DST e Aids.

O ministro da Saúde, Leonardo Santos Simão, assina uma portaria adotando o dia 1º de dezembro como o “Dia Mundial da Luta contra a Aids”.

O Ministério da Saúde, através do sistema público de saúde, passa a fornecer medicamentos para o tratamento das infecções oportunistas.

É diagnosticado o primeiro caso de Aids entre a população indígena.

1988

No carnaval, lança-se a primeira campanha do Programa Nacional de Aids, chamada “Quem vê cara, não vê Aids”.

A Assembleia Constituinte proíbe, em maio, a comercialização de sangue no País.

Criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Criação do Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), atual Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Realização, em Belo Horizonte/MG, do 1º Encontro Nacional de ONGs/Aids.

Funda-se, no Rio de Janeiro/RJ, o primeiro Grupo Pela VIDDA (Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids).

1989

Realização, em Porto Alegre/RS, do 2º Encontro Nacional de ONGs/Aids, chamado “Encontro da Rede Brasileira de Solidariedade”.

1990

Realização, em Santos/SP, do 3º Encontro Nacional de ONGs/Aids, chamado “Encontro da Rede Brasileira de Solidariedade ONG/Aids”.

Saída de Lair Guerra da coordenação do Programa Nacional de Aids.

Eduardo Côrtes assume a coordenação do Programa Nacional de Aids.

Fundação, em São Paulo/SP, do Grupo de Incentivo à Vida (GIV), reconhecido como o primeiro grupo brasileiro de autoajuda para pessoas vivendo com HIV/Aids.

O País passa a distribuir AZT no Sistema Único de Saúde.

Realização, no Rio de Janeiro/RJ, do 1º Encontro Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids.

1991

O então Presidente da República, Fernando Collor de Mello, faz um pronunciamento em cadeia nacional, por ocasião do dia 1º de dezembro, Dia Mundial de Luta contra a Aids.

Realização, em São Paulo/SP, do 4º Encontro Nacional de ONGs/Aids.

Eduardo Cortês sai da coordenação do Programa Nacional de Aids.

Lair Guerra reassume a coordenação do Programa Nacional de Aids.

Cria-se, no Programa Nacional de Aids, o “Setor de Articulação com ONG”, atual Unidade de Articulação com a Sociedade Civil e de Direitos Humanos” (SCDH).

1992

Realização, em Fortaleza/CE, do 5º Encontro Nacional de ONGs/Aids.

1993

Entrada do Banco Mundial como parceiro no gerenciamento da epidemia brasileira. Ano em que foi assinado o primeiro Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial para o “Projeto de Controle da Aids e DST”, também conhecido como “Aids I”.

Início da implementação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Primeira concorrência de projetos de ONG que buscavam apoio financeiro para executarem ações de prevenção à epidemia, no âmbito do “Aids I”.

O AZT começa a ser fabricado no Brasil, por um laboratório privado.

Realização, em Vitória (ES), do 6º Encontro Nacional de ONGs/Aids.

1994 Criação da Rede Nacional de Pessoas HIV+ (RNP+).

Criação do Fórum Goiano de Luta contra a Aids.

1995 Realização, em Salvador/BA, do 7º Encontro Nacional de ONGs/Aids.

Realização, em São Paulo/SP, do 8º Encontro Nacional de ONGs/Aids.

É assinada a Lei nº 9279, de Propriedade Industrial, a partir da qual a legislação brasileira passa a estar em concordância com o TRIPS (Trade-related Aspects of Intellectual Property Rights).

1996 Promulgada a Lei nº 9313, que garante a distribuição gratuita, pelo SUS, de medicamentos para pessoas com HIV/Aids.

Implementação nacional da distribuição gratuita e universal dos antirretrovirais na rede pública de saúde.

O Ministério da Saúde gasta 34 milhões de dólares com antirretrovirais.

Após o licenciamento de Lair Guerra da coordenação do Programa Nacional de Aids, Pedro Chesquer assume a coordenação.

Realização, em Brasília/DF, do 9º Encontro Nacional de ONGs/Aids.

O Programa Nacional de DST e Aids sofre alteração em seu nome, passando a se chamar Coordenação Nacional de DST e Aids.

Criação do Fórum de ONG/Aids do Estado de São Paulo.

1997

Criação do Fórum de ONG/Aids do Estado do Rio de Janeiro.

Instalação do Grupo Temático da UNAIDS.

O Brasil começa a produzir dois antirretrovirais (ddC e d4T).

O Ministério da Saúde gasta 224 milhões de dólares com antirretrovirais e atende 35.900 pessoas.

Assinatura do Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial para o “Segundo Projeto de Controle da Aids e DST”, conhecido como “Aids II”.

1998

Início da implementação do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

Ministério da Saúde cria o Conselho Empresarial Nacional em Prevenção ao HIV/Aids (CEN).

Realização, em Belo Horizonte/MG, do 10º Encontro Nacional de ONGs/Aids.

1999

Em virtude da desvalorização cambial, a compra de medicamentos para Aids ficaram comprometidas. Diversas organizações da sociedade civil

promoveram uma manifestação nacional, solicitando a liberação de recursos financeiros para compra dos ARVs.

Criação do Fórum ONG/Aids do Rio Grande do Sul.

Criação do Fórum Baiano de ONG/Aids.

Criação do Fórum de ONG/Aids do Ceará.

A partir do Decreto Presidencial nº 3201, estabelece-se sobre “a concessão de ofício licença compulsória nos casos de emergência nacional e de interesse público de que trata o artigo 7 da Lei nº 9279”.

Publicação da Portaria nº 993, de 4 de setembro de 2000, que torna compulsória a notificação de infecção pelo HIV em gestantes, parturientes ou puérperas e crianças expostas ao risco de transmissão vertical do HIV.

Pedro Chequer sai da coordenação do Programa Nacional de Aids.

Paulo Roberto Teixeira assume a coordenação do Programa Nacional de Aids.

2000

Organizações da sociedade civil realizam nova manifestação solicitando a compra de ARVs para a rede pública de saúde.

Criação do Fórum Catarinense das ONGs/Aids.

Criação do Fórum de ONG/Aids da Paraíba.

2001

O Ministro da Saúde, José Serra, ameaça quebrar a patente dos medicamentos Nelfavir, fabricado pela Roche, e Efavirenz, fabricado pela Merck.

Realização, em Recife/PE, do 11º Encontro Nacional de ONGs/Aids. Durante o evento, organizou-se um protesto em frente ao consulado norte-

americano, com a participação de mais de 250 organizações. O protesto respondia a uma solicitação dos EUA para que a Organização Mundial do Comércio (OMC) realizasse um painel considerando a lei de patentes brasileiras.

Criação do Fórum Paraense de Organizações da Sociedade Civil/Aids (OSC/Aids).

Criação do Fórum Mineiro de ONG/Aids.

O Brasil já produz sete dos AVR's utilizados para o tratamento de pessoas vivendo com Aids.

O Ministério da Saúde anuncia a licença compulsória da patente do medicamento Nelfinavir, fabricado pela Roche.

A Roche faz um acordo com o Ministério da Saúde para evitar o licenciamento compulsório do Nelfinavir.

2002 Portaria Ministerial nº 2313 de 2002, instituindo Incentivo para estados, DF e municípios no âmbito do PN-DST/Aids.

2005 Publicação da Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005, que torna compulsória a notificação de sífilis em gestantes.

2010 Publicação da Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010, que inclui a sífilis congênita na Lista de Notificação Compulsória (LNC).

Publicação da Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que inclui a infecção pelo HIV na LNC.

2014 Publicação da Portaria nº 1.984 de 12 de setembro de 2014, que inclui a síndrome do corrimento uretral masculino na LNC.

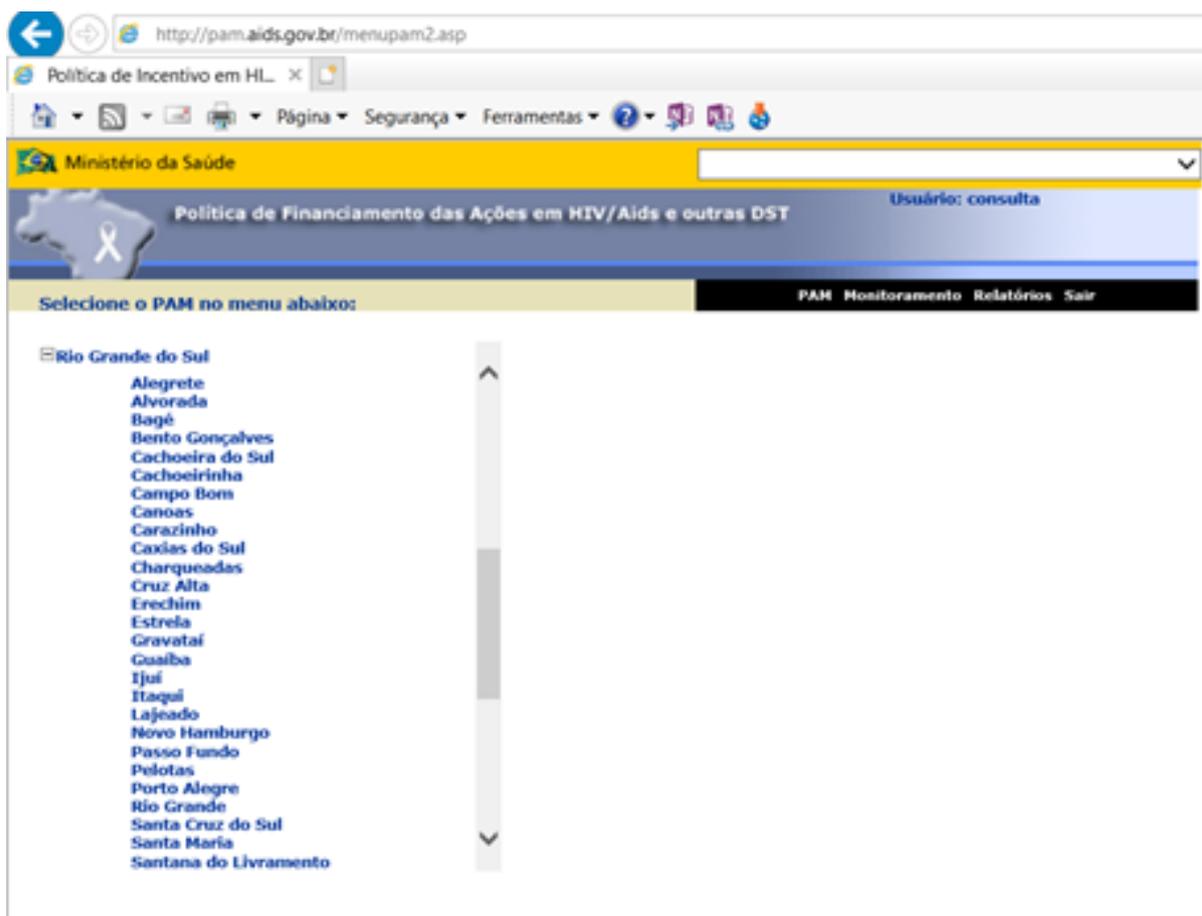
2016 Portarias nº 204 e nº 205, ambas de 17 de fevereiro de 2016, atualizam a LNC.

2017 Publicação da Portaria de Consolidação MS/MG nº 4, de 28 de setembro de 2017, que define que a infecção pelo HIV assim como a Aids fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças.

Apêndice F

PLANO DE AÇÕES E METAS (PAM)

O PAM, instrumento de pactuação que passou a ser utilizado pelos gestores municipais e estaduais no âmbito da Plnc, só pode ser acessado através do navegador Internet Explorer, pelo endereço <<http://pam.aids.gov.br/>>.



http://pam.aids.gov.br/menupammunicipio.asp

Política de Incentivo em HL. x

Página Segurança Ferramentas

Este PAM encontra-se "PAM revisado/fechado pelo Estado". Não sendo permitida alteração.

1	Caracterização Global do Município
1.1	✓ Identificação do Gestor Público do SUS
1.2.1	✓ Dados Demográficos e socioeconômicos
1.2.2	✓ Áreas e Populações Especiais no Município
1.3	✓ Dados epidemiológicos resumidos, relacionados ao HIV/Aids e outras DST
1.4.1	⊗ Ações de promoção e prevenção em HIV/Aids e outras DST por Unidades Assistenciais
1.4.2	✓ Capacidade instalada de Unidades e Serviços Específicos para Assistência em HIV/AIDS e outras DST
	✓ Comentários e Conclusões acerca das Atividades em HIV/AIDS oferecidas pelas Unidades Assistenciais no Município
2	Diagnóstico Epidemiológico e das Ações em DST/AIDS no Município
2.1	✓ Diagnóstico Epidemiológico (Comentários e Conclusões sobre a Epidemiologia de HIV/Aids e outras DST no Município)
2.2	✓ Acesso da população e das pessoas vivendo com HIV/AIDS e portadores de DST às ações e serviços
	✓ Comentários e Conclusões sobre o acesso da população local, incluindo os mecanismos de referência existentes.
2.3	✓ Realização das ações em HIV/AIDS e outras DST segundo as unidades ou serviços sob gestão do município
2.4	✓ Dados selecionados de capacidade instalada de serviços em HIV/AIDS sob Gestão do Município
	✓ Comentários e Conclusões sobre as ações desenvolvidas em HIV/AIDS
2.5.1	✓ Ações de Promoção e Prevenção
2.5.1.1	✓ Insumos de Prevenção
	✓ Análise das Ações em Promoção e Prevenção já realizadas pelo Gestor Municipal
2.5.2.1	✓ Ampliação de acesso e melhoria das Unidades de Saúde
	✓ Síntese e Conclusões sobre as Ações de ampliação do acesso e melhoria de qualidade dos serviços já realizadas pelo Gestor Municipal
2.5.2.2	✓ Ampliação de acesso e melhoria dos serviços às pessoas vivendo com HIV/AIDS e portadores de DST
	✓ Síntese e conclusões sobre as ações de melhoria de acesso e da qualidade dos serviços às pessoas vivendo com HIV/AIDS e portadores de DST
2.5.3	✓ Ações Realizadas de Desenvolvimento Institucional
	✓ Para cada ação realizada pela SMS comentar os aspectos positivos e negativos e os avanços alcançados
2.5.4	✓ Ações de parcerias com Organizações da Sociedade Civil (OSC)
	⊗ Caracterização das OSC que já realizam ações de HIV/AIDS e outras DST no Município
	✓ Comentários e Conclusões Acerca das Parcerias com OSC
3	Ações e metas
	✓ Auto Avaliação da Capacidade Institucional e Gerencial

Apêndice G

PERCENTUAIS DE PREENCHIMENTO, POR DIMENSÃO, BRASIL E ESTADOS BRASILEIROS – 2006 A 2013

Estados	PERF2	PREV2	PREV4	DIAG2	DIAG4	GEST2	GEST4	OSC2	OSC4
Acre	88%	38%	38%	38%	38%	38%	38%	38%	38%
Alagoas	42%	13%	13%	13%	13%	13%	13%	13%	13%
Amapá	44%	19%	19%	19%	19%	19%	19%	19%	19%
Amazonas	71%	25%	25%	25%	21%	25%	25%	25%	25%
Bahia	88%	43%	43%	42%	43%	42%	43%	40%	40%
Ceará	60%	29%	29%	29%	29%	29%	29%	27%	21%
Espírito Santo	63%	29%	29%	30%	29%	31%	29%	29%	30%
Goiás	97%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
Maranhão	95%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	43%
Mato Grosso	94%	48%	46%	48%	48%	48%	48%	48%	48%
Mato Grosso do Sul	78%	38%	38%	38%	38%	38%	38%	38%	31%
Minas Gerais	93%	44%	44%	43%	43%	43%	43%	43%	42%
Pará	88%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	40%
Paraíba	100%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
Paraná	92%	47%	47%	47%	47%	47%	47%	44%	44%
Pernambuco	76%	42%	42%	42%	42%	42%	42%	42%	42%
Piauí	63%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
Rio de Janeiro	51%	27%	26%	27%	27%	26%	26%	26%	30%
Rio Grande do Norte	75%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%	33%
Rio Grande do Sul	94%	49%	47%	47%	47%	49%	49%	47%	47%
Rondônia	88%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	38%	38%
Santa Catarina	94%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	44%
São Paulo	98%	49%	49%	49%	48%	48%	48%	48%	48%
Tocantins	100%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
Brasil	85%	42%	42%	42%	41%	42%	42%	41%	41%

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados disponibilizados em www.sistemas.aids.gov.br/incentivo.