

**Análise Comparativa das Políticas Públicas de Combate ao HIV/AIDS
no Brasil e em Portugal (2001 – 2010)**

Everton Dalmann

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Doutor em Políticas Públicas

Composição do júri:

Presidente: Professora Helena Maria Barroso Carvalho, Professora Auxiliar com
Agregação, por delegação do Reitor do ISCTE - Instituto Universitário de
Lisboa

Vogais: Doutora Sónia Maria Ferreira Dias, Professora Associada com Agregação do
Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa
Doutora Elsa Beatriz Padilla, Professora Associada do Instituto de Ciências
Sociais da Universidade do Minho
Doutora Raquel Lucas Calado Ferreira, Investigadora de Pós-Doutoramento
do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto
Doutora Maria Helena Chaves Carreiras. Professora Auxiliar do ISCTE –
Instituto Universitário de Lisboa
Doutor Pedro Adão e Silva Cardoso Pereira, Professor Auxiliar Convidado do
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Orientador:

Doutor Pedro Adão e Silva, Professor Auxiliar Convidado,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2015

Agradecimentos

A elaboração e defesa desta tese foi certamente um dos maiores desafios que superei ao longo de minha vida. E este desafio não seria superado sem a ajuda de muitas pessoas.

Primeiramente agradeço ao meu herói Hilário Dalmann, um homem íntegro, uma pessoa brilhante, um profissional exemplar e um pai fantástico. Muito obrigado pai! Em segundo lugar agradeço ao meu irmão Willian Cleber Dalmann por todo apoio e motivação enviados do Brasil ao longo destes anos.

Também agradeço a todos os meus amigos no Brasil e em Portugal que neste processo foram um suporte muito importante. Mas em especial agradeço ao Luiz Menezes, ao Carlos Subtil e ao Francisco Espanha, pois sem o apoio destas pessoas não conseguiria ter concluído minha tese.

Além disto deixo um especial agradecimento aos profissionais que foram entrevistados para a realização dos estudos de caso apresentados nesta tese, nomeadamente ao Dr. Richard Parker, Dra. Mariângela Simão Galvão, Dr. Pedro Chequer, Dr. Alexandre Grangeiro, Dr. Fábio Mesquita, Dr. Luís Mendão, Dr. Pedro Silvério, Dr. Henrique Barros, Dr. António Meliço-Silvestre e Dr. António Diniz.

Agradeço ainda ao corpo docente do Doutoramento em Políticas Públicas, pois foram responsáveis pelo meu desenvolvimento académico ao longo destes últimos anos. Entretanto agradeço em especial ao Doutor Pedro Adão e Silva, meu orientador, por todas as críticas e opiniões, pelos momentos de reflexão, pelos desafios lançados e superados. Reconheço seu mérito e valor no processo de conclusão desta tese.

Por fim agradeço às instituições que direta ou indiretamente contribuíram para o desenvolvimento desta tese. Em especial ao ISCTE-IUL pelo acolhimento, pelos esclarecimentos, pelo profissionalismo com que esta instituição gere seus doutoramentos.

Resumo

O principal objeto de investigação da presente tese consiste na análise comparativa de políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, entre 2001 e 2010, no Brasil e em Portugal. A partir da constatação de que estes países têm i) Programas Nacionais de combate ao HIV/AIDS, ii) grupos de interesse institucionalmente constituídos e iii) são signatário das Metas da UNGASS foram desenvolvidos dois estudos de caso para perceber como a relação entre estes fatores, durante esta década, influencia as taxas estimadas do HIV na população adulta que apresentam tendências distintas, aumentando em Portugal e diminuindo no Brasil.

Apesar de inseridos em políticas nacionais de saúde que pressupõem a universalidade, equidade, integralidade, participação e descentralização durante os anos 2001 e 2010, os Programas Nacionais de combate ao HIV/AIDS destes países implementaram estratégias distintas de prevenção e atenção às populações mais vulneráveis.

Em função dos distintos processos de institucionalização dos pressupostos das políticas nacionais de saúde a relação entre os grupos de interesse institucionalmente constituídos e os respetivos Programas Nacionais dá-se, igualmente, de modo distinto, sendo mais colaborativo no caso brasileiro e competitivo no caso português. No Brasil as instâncias de participação social estão institucionalizadas, através dos conselhos e comissões de saúde, podendo inclusive ser deliberativos e com poder de veto, mesmo antes de 2001. Em Portugal, até ao final da década a participação social dá-se de modo competitivo, apenas sendo legitimada em 2009, através da criação do Fórum Nacional da Sociedade Civil, que tem carácter exclusivamente consultivo, sem qualquer poder de veto.

Concluindo, a investigação revela que distintas formas de institucionalização dos valores e pressupostos da políticas nacionais de saúde condicionam as estratégias de implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS e isto, conseqüentemente, também condiciona a relação entre o Programa Nacional de cada país e os respetivos grupos de interesse, influenciando diretamente, mas não exclusivamente, nos resultados destas políticas.

Palavras-chave: políticas públicas, HIV/AIDS, Brasil, Portugal, análise comparativa

Abstract

The main object of research of this thesis is the comparative analysis of public policies to fight HIV / AIDS, between 2001 and 2010, in Brazil and Portugal. Beginning in the fact these countries have i) National programs to fight HIV / AIDS, ii) institutionally constituted interest groups and iii) are signatory to the UNGASS goals, were developed two case studies to understand how the relationship between these factors, during this decade, influences the estimated rates of HIV in the adult population that have different tendencies, increasing in Portugal and decreasing in Brazil.

Although inserted in national health policies that assume universality, equality, integrity, participation and decentralization during the years 2001 and 2010, the national programs to fight HIV / AIDS in these countries have implemented different strategies for prevention and attention to the most vulnerable populations.

In function of the different processes of institutionalization of the assumptions of national health policies, the relationship between interest groups institutionally established and the respective national programs takes place, also, differently, being more cooperate in Brazil case and competitive in the Portuguese case. In Brazil, the social participation authorities are institutionalized through the health councils and commissions, even may be deliberative and with veto power, even before 2001. In Portugal, until the end of the decade, the social participation occurs competitively, just being legalized in 2009 through the creation of Forum Nacional da Sociedade Civil, which has only an advisory capacity, without any veto power.

In conclusion, the research indicates that different forms of institutionalization of values and assumptions of national health policies limit the implementing strategies of public policies to fight HIV / AIDS and this, therefore, also limits the relationship between the National Program of each country and their respective interest groups, directly influencing, but not only, the results of these policies.

Keywords: public policies, HIV / AIDS, Brazil, Portugal, comparative analysis

Índice

ÍNDICE	IX
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE A ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE AO HIV/AIDS	7
1.1. A ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	7
1.2. ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: ESPECIFICIDADES E DESAFIOS	9
1.3. O QUE SE PRETENDE ANALISAR NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS	13
1.4. UMA PROPOSTA DE ANÁLISE NEOINSTITUCIONALISTA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE AO HIV/AIDS	15
1.5. O POLICY CYCLE NA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE AO HIV/AIDS	20
CAPÍTULO II – INFLUÊNCIA INTERNACIONAL DAS METAS DA UNGASS, DAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL E DOS PROGRAMAS NACIONAIS DE COMBATE AO HIV/AIDS	27
2.1. POLÍTICAS PÚBLICAS INTERNACIONAIS DE ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS	28
2.1.1. <i>26ª Assembleia Geral Extraordinária das Nações Unidas – As Metas da UNGASS</i>	35
2.2. ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE AO HIV/AIDS	44
2.3. OS PROGRAMAS NACIONAIS DE COMBATE AO HIV/AIDS	49
2.3.1. <i>Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais – Brasil</i>	53
2.3.2. <i>Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA – Portugal</i>	54
2.4. METODOLOGIA PROPOSTA PARA A INVESTIGAÇÃO: INTEGRAÇÃO DE DIFERENTES MÉTODOS	56
CAPÍTULO III – A TAXA DE PREVALÊNCIA DO HIV E A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO HIV/AIDS NO BRASIL E EM PORTUGAL (2001-2011)	63
3.1. FONTES DOS DADOS E LIMITAÇÕES PERCEBIDAS	64
3.2. EVOLUÇÃO DOS DADOS PARA FINS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO HIV/AIDS DOS PROGRAMAS NACIONAIS DE COMBATE AO HIV/AIDS DO BRASIL E PORTUGAL (2001 – 2011)	67
3.3. A POPULAÇÃO RESIDENTE NO BRASIL E EM PORTUGAL EM RELAÇÃO À EVOLUÇÃO DAS TAXAS ESTIMADAS PELA UNAIDS DO HIV/AIDS NA POPULAÇÃO ADULTA NESTES PAÍSES (2001-2011).	76
3.4. CONCLUSÕES ACERCA DO DESENVOLVIMENTO EPIDEMIOLÓGICO DO HIV/AIDS, NO BRASIL E EM PORTUGAL	77
CAPÍTULO IV – ESTUDO DE CASO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE COMBATE AO HIV/AIDS NO BRASIL	81
4.1 Do SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – AO PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS	82
4.1.1 <i>As origens do SUS através do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira</i>	82
4.1.2 <i>Os pressupostos da política de saúde brasileira</i>	86
4.1.3 <i>O surgimento do HIV/AIDS na política de saúde brasileira</i>	88
4.2 A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE COMBATE AO HIV/AIDS NO BRASIL (2001 – 2010)	92

4.2.1	<i>O processo de Descentralização do PNA</i>	93
4.2.2	<i>Sucessões de mandatos, na saúde e no PNA brasileiro entre 2001 e 2010</i>	97
4.2.3	<i>As principais estratégias de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil</i>	99
4.3	AS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL E A RESPOSTA BRASILEIRA AO HIV/AIDS	105
4.3.1	<i>Os movimentos sociais e a resposta brasileira ao HIV/AIDS nas décadas de 1980 e 1990</i>	105
4.3.2	<i>As ONG/AIDS e sua atuação a partir de 2001</i>	111
4.3.3	<i>O posicionamento da comunidade LGBT</i>	115
4.3.4	<i>A mudança na relação entre as instituições da sociedade civil organizada e o PNA</i>	116
4.4	O PNA BRASILEIRO E AS METAS DA UNGASS	118
4.4.1	<i>O processo de licença compulsória de medicamentos ARV</i>	123
4.4.2	<i>Recusa dos recursos oriundos da USAID</i>	127
4.5	LIÇÕES APRENDIDAS AO LONGO DA DÉCADA 2001-2010	129
CAPÍTULO V – ESTUDO DE CASO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE COMBATE AO HIV/AIDS EM PORTUGAL		133
5.1	DO SNS – SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE AO PROGRAMA NACIONAL PARA A INFEÇÃO VIH/SIDA	134
5.1.1	<i>Breve histórico do SNS</i>	135
5.1.2	<i>Do surgimento da CNLCS - Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA ao início dos anos 2000</i>	142
5.2	A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE COMBATE AO HIV/AIDS EM PORTUGAL (2001 – 2010)	145
5.2.1	<i>Sucessões governamentais, na saúde e no PNA entre 2001 e 2010</i>	153
5.2.2	<i>As principais estratégias de prevenção ao HIV/AIDS em Portugal</i>	157
5.3	AS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL E A RESPOSTA PORTUGUESA AO HIV/AIDS	169
5.3.1	<i>Do protagonismo da ABRAÇO ao GAT</i>	171
5.3.2	<i>O início do processo de legitimação da participação social no PNA português</i>	173
5.3.3	<i>A dinâmica da relação entre as ONG/AIDS e o PNA português</i>	178
5.4	O PNA PORTUGUÊS E AS METAS DA UNGASS	182
5.5	CARACTERÍSTICAS DETERMINANTES AO LONGO DA DÉCADA DE 2001 – 2010	187
CAPÍTULO VI – ANÁLISE COMPARATIVA DOS ESTUDOS DE CASO		191
6.1	AS PRINCIPAIS CONSIDERAÇÕES ACERCA DAS TAXAS ESTIMADAS DE PREVALÊNCIA DO HIV/AIDS NO BRASIL E EM PORTUGAL (2001 E 2011) DISPONIBILIZADAS PELO UNAIDS	192
6.2	AS DIFERENÇAS PERCEBIDAS NOS RELATÓRIOS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO BRASIL E DE PORTUGAL	194
6.3	ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO IMPLEMENTADAS PELAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE AO HIV/AIDS NO BRASIL E EM PORTUGAL, ENTRE 2001 E 2010	198
6.3.1	<i>As campanhas</i>	199
6.3.2	<i>A atenção às populações mais vulneráveis</i>	201
6.4	A RELAÇÃO ENTRE AS ONG/AIDS E OS PNA DO BRASIL E DE PORTUGAL ENTRE 2001 E 2010	203
6.5	A INFLUÊNCIA DAS METAS DA UNGASS NOS PNA DO BRASIL E DE PORTUGAL A PARTIR DE 2001	206

6.6 O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS PRINCÍPIOS, PRESSUPOSTOS E VALORES DAS POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE AO HIV/AIDS NO BRASIL E EM PORTUGAL.....	208
6.7 PERSPECTIVAS PÓS 2010	212
CONCLUSÃO	215
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	227
FONTES DE INFORMAÇÃO	238
ANEXOS.....	I
CURRICULUM VITAE	III

Índice de Quadros

QUADRO 3. 2. 1 NÚMERO DE CASOS AIDS NOTIFICADOS, POR ANO DE DIAGNÓSTICO, BRASIL E PORTUGAL (2001 – 2011) E TOTAL ACUMULADO EM AMBOS OS PAÍSES.....	68
QUADRO 3. 2. 2 NÚMERO DE ÓBITOS POR AIDS, POR ANO DE ÓBITO, BRASIL E PORTUGAL (2001 – 2011) E TOTAL ACUMULADO EM AMBOS OS PAÍSES	69
QUADRO 3. 2. 3 NÚMERO DE CASOS DE AIDS, POR SEXO E <i>RATIO</i> DE SEXO, BRASIL E PORTUGAL (2001 – 2011).....	70
QUADRO 3. 2. 4 NÚMERO DE CASOS DE AIDS NOTIFICADOS POR ANO DE DIAGNÓSTICO E FAIXA ETÁRIA, BRASIL E PORTUGAL (2001 – 2011).....	72
QUADRO 3. 2. 5 NÚMERO DE CASOS DE AIDS NOTIFICADOS POR ANO DE DIAGNÓSTICO E CATEGORIA DE EXPOSIÇÃO/TRANSMISSÃO, BRASIL E PORTUGAL (2003 – 2011)	74
QUADRO 3. 2. 6 POPULAÇÃO RESIDENTE NO BRASIL E EM PORTUGAL EM RELAÇÃO À EVOLUÇÃO DAS TAXAS ESTIMADAS PELA UNAIDS DO HIV/AIDS NA POPULAÇÃO ADULTA NESTES PAÍSES (2001 – 2011)	76

Índice de Figuras

FIGURA 3. 2. 1 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CASOS DE AIDS, POR ANO DE DIAGNÓSTICO, BRASIL E PORTUGAL (2001 – 2011)	68
FIGURA 3. 2. 2 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR AIDS, POR ANO DE ÓBITO, BRASIL E PORTUGAL (2001-2011)	69
FIGURA 3. 2. 3 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CASOS DE AIDS ENTRE HOMENS E MULHERES NO BRASIL E EM PORTUGAL (2001 – 2011)	70
FIGURA 3. 2. 4 EVOLUÇÃO DO <i>RATIO</i> ENTRE HOMENS E MULHERES DIAGNOSTICADOS COMO CASOS DE AIDS, NO BRASIL E EM PORTUGAL (2001 – 2011)	71
FIGURA 3. 2. 5 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CASOS DE AIDS NOTIFICADOS POR ANO DE DIAGNÓSTICO E FAIXA ETÁRIA, BRASIL E PORTUGAL (2001 – 2011)	73
FIGURA 3. 2. 6 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE CASOS DE AIDS NOTIFICADOS POR ANO DE DIAGNÓSTICO E AS 3 PRINCIPAIS CATEGORIAS DE EXPOSIÇÃO/TRANSMISSÃO, BRASIL E PORTUGAL (2003 – 2011).....	75
FIGURA 3. 2. 7 EVOLUÇÃO DO PERCENTUAL DAS PRINCIPAIS CATEGORIAS DE EXPOSIÇÃO/TRANSMISSÃO EM RELAÇÃO AO NÚMERO TOTAL DE CASOS DIAGNOSTICADOS EM QUE É CONHECIDA A CATEGORIA, BRASIL E PORTUGAL (2003 – 2011).....	75

Siglas e Acrónimos

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

ABGLT – Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais

ABPI – Associação Brasileira para Propriedade Intelectual

ABRAÇO – Associação de Apoio a Doentes com HIV/SIDA

ADIS/SIDA – Programa de Apoio e Desenvolvimento da Intervenção na Área da SIDA em Portugal

AGU – Advocacia Geral da União

AIDS ou SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIDS I, II e III - Acordos de empréstimo do Brasil com o Banco Mundial

ARV – Antirretroviral

BM – Banco Mundial

CEE – Comunidade Económica Europeia

CNAIDS – Comissão Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais

CNLCS – Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EFTA – *European Free Trade Association*

EUA – Estados Unidos da América

GAPA – Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS

GAT – Grupo de Ativistas para o Tratamento da SIDA

GPA – Programa Global da AIDS

GTPI – Grupo de Trabalho para Propriedade Intelectual

HAART – Terapia Antirretroviral Altamente Ativa

HIV ou VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH – Homens que fazem Sexo com outros Homens

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA, IP – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Portugal

IPTU – Imposto Predial Territorial Urbano (equivalente ao IMI – Imposto Municipal sobre Imóveis – em Portugal)

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgéneros

MONITORAIDS – Programa de Monitoramento e Avaliação das Políticas de Combate ao HIV/AIDS

MRSB – Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira

NOB – Normas Operacionais Básicas do SUS

OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMC – Organização Mundial do Comércio
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PAM – Plano de Ações e Metas
PNA – Programa Nacional de Combate ao HIV/AIDS
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
TARV – Terapia Antirretroviral
TRIPS – Acordo da Organização Mundial de Comércio sobre os Direitos de Propriedade
Intelectual Relacionados ao Comércio
UE – União Europeia
UNAIDS – Programa conjunto das Nações Unidas para o HIV/AIDS
UNGASS – 26ª Sessão Extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 2001,
para o combate do HIV/AIDS
USAID – Programa de cooperação norte-americana para projetos de prevenção do HIV
USP – Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO

Com um início bastante avassalador, onde na década de 1980 a sobrevivência das pessoas infectadas pelo HIV/AIDS¹ era baixíssima, a epidemia propaga-se em todo o mundo na década de 1990. Nesta altura é considerada um problema de relevância mundial, exigindo, deste modo, esforços de igual magnitude. Assim, em 1996 a ONU – Organização das Nações Unidas – cria um Programa específico para o HIV/AIDS, o UNAIDS, e em 2001, reconhecendo a necessidade de melhor reunir esforços para combater a epidemia, estabelecem-se as Metas da UNGASS². Em 2012, este Programa da ONU, através do seu relatório global, vem a público revelar que a epidemia estava estabilizada, embora ainda em patamares altos. Entre 2001 e 2011 a taxa estimada da prevalência do HIV na população adulta estabilizou em 0,8%. O UNAIDS atribui o sucesso do combate à epidemia às políticas públicas desenvolvidas em todo o mundo ao longo da década passada, ou seja, entre 2001 e 2010 (UNAIDS, 2012).

Apesar de ser uma epidemia recente, visto os primeiros casos de AIDS terem sido diagnosticados há pouco mais de 30 anos, a temática do HIV/AIDS é bastante relevante, promovendo debates em diferentes áreas do conhecimento. Diante disto, é importante destacar, logo no início desta tese, que não é objetivo desta constituir-se uma tese sobre HIV/AIDS, onde são revelados os maiores avanços na investigação deste tema. Nem tão pouco, uma tese sobre epidemiologia, onde são comparados dados para conclusões epidemiológicas para o HIV/AIDS, nos países selecionados. Na realidade, esta tese pretende contribuir para o debate acerca da análise comparada das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, comparando o Brasil com Portugal, entre 2001 e 2010.

Entretanto, reforça-se que, dada a complexidade desta política pública, onde a intervenção do Estado passa pela prevenção, informação, diagnóstico e assistência, ao

¹ HIV/AIDS ou VIH/SIDA (Vírus da Imunodeficiência Humano/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). No Brasil e em Portugal utilizam-se siglas distintas para se referir ao Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Ou seja, em Portugal utiliza-se a sigla SIDA, enquanto no Brasil sigla AIDS. Diante disto, convencionou-se, na presente tese, utilizar a sigla HIV/AIDS. O termo SIDA será mantido apenas quando se referir o nome próprio de alguma instituição, como por exemplo GAT – Grupo de Tratamento para a SIDA.

² Metas da UNGASS: A Resolução A/RES/S-26/2, da 26ª Sessão Extraordinária das Assembleias Gerais das Nações Unidas, do dia 27 de junho de 2001 originou a publicação da “Declaração de Compromisso sobre o HIV/AIDS” (UNAIDS, 2001), com 103 considerações a serem seguidas na orientação, formulação, implementação, monitorização e avaliação de políticas públicas para o HIV/AIDS entre os Estados-membros das Nações Unidas.

tratamento e apoio para as pessoas vivendo com HIV/AIDS, a presente tese também não pretende especificar as diferentes maneiras através das quais as instituições estatais do Brasil e de Portugal implementam estratégias em todos estes âmbitos. Esclarece-se desde já, que também não constam dos objetivos deste trabalho avaliar as políticas públicas desenvolvidas nestes países. Mas, então, o que é que se pretende explicar através desta tese?

Para responder a esta questão revela-se que, apesar do sucesso no combate à epidemia em termos globais, como referido pelo UNAIDS em 2012, quando são analisadas as taxas estimadas de prevalência do HIV na população adulta por países, nem todos apresentam esta mesma tendência de estabilização. Este é o caso do Brasil e de Portugal, que apresentam tendências distintas nesta taxa. Em 2001, tanto Brasil quanto Portugal são países signatários das Metas da UNGASS, que se comprometem, entre outros compromissos, a implementar políticas públicas nacionais através de instituições do Estado exclusivamente constituídas para o combate ao HIV/AIDS. Além disso, ambos os países têm grupos de interesse institucionalmente constituídos, como é o caso das Organizações Não Governamentais (ONG) ABRAÇO (Associação de Apoio a Doentes com HIV/SIDA) e do GAT (Grupo de Ativistas para o Tratamento da SIDA) em Portugal e da ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS) no Brasil (entre muitos outros grupos de interesse que existem em ambos os países) que são ONG/AIDS, as quais trabalham no combate à epidemia. Entretanto, segundo o UNAIDS, a taxa estimada do HIV na população adulta no Brasil e em Portugal era de, respetivamente, 0,4% e 0,6% em 2001, passando para 0,3% e 0,7%, em 2011. Ou seja, durante esta década a taxa estimada do HIV na população adulta apresentou um tendência de diminuição no Brasil e de aumento em Portugal. Assim, a questão norteadora da presente tese é “Como é que em países sujeitos à mesma influência internacional, possuidores de Programas Nacionais de combate ao HIV/AIDS e grupos de interesse institucionalmente constituídos, apresentam tendências distintas na taxa estimada de prevalência do HIV na população adulta?” Com o objetivo de responder a esta questão a presente tese está dividida em oito partes, sendo estas constituídas por esta introdução, seis capítulos e um capítulo de conclusão.

O primeiro capítulo, que tem como título “Considerações teóricas sobre a análise de políticas públicas de combate ao HIV/AIDS”, apresenta as principais considerações levantadas aquando da pesquisa bibliográfica acerca da análise das políticas públicas, dando ênfase aos desafios de análise de políticas dedicadas à saúde. Revelam-se, neste capítulo, os fundamentos das escolas do neoinstitucionalismo (da escolha racional, sociológico e histórico), bem como o modelo de análise meso de políticas públicas, o *policy*

cycle, com ênfase na fase de implementação, visto ser este o aspeto que será estudado nas políticas públicas de combate ao HIV/AIDS do Brasil e de Portugal.

No segundo capítulo, “Influência internacional das Metas da UNGASS, organizações da sociedade civil e os Programas Nacionais de combate ao HIV/AIDS”, pretende-se expor as hipóteses explicativas para a questão norteadora. Deste modo, são reveladas as Metas da UNGASS, enquadradas enquanto políticas públicas internacionais de enfrentamento ao HIV/AIDS. Também são reveladas as principais considerações teóricas acerca do envolvimento das organizações da sociedade civil, enquanto grupos de interesse institucionalmente constituídos, no combate ao HIV/AIDS, em ambos os países. Ainda neste capítulo são expostas as características gerais das instituições nacionais responsáveis pela implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, no Brasil e em Portugal. Este capítulo esgota-se por fundamentar e revelar a metodologia empregada na presente investigação.

O capítulo III, “A taxa de prevalência do HIV e a vigilância epidemiológica do HIV/AIDS no Brasil e em Portugal (2001-2011)”, objetiva perceber como é que se comporta a taxa estimada de prevalência do HIV/AIDS no Brasil e em Portugal, entre 2001 e 2011. Assim, apesar do período de análise proposto na questão norteadora referir-se até 2010, serão expostos dados até 2011, pois considera-se que os resultados de determinada política pública de saúde de um dado ano são percebidos nos dados epidemiológicos do ano seguinte. Ou seja, as estratégias implementadas através da políticas públicas de combate ao HIV/AIDS no ano 2010 são percebidas a partir de 2011. Considerando que as Metas da UNGASS apontavam como prazo o ano 2010, serão, por este motivo, apresentados dados até 2011, para ambos os países. Entretanto, o capítulo apresenta também as fontes dos dados e as limitações percebidas nos relatórios anuais de vigilância epidemiológica de cada país.

A seguir, e considerando que o Brasil apenas revela dados acerca dos casos de AIDS, é apresentada a evolução dos mesmos, disponibilizados para fins de vigilância epidemiológica do HIV/AIDS, quer no Brasil, quer em Portugal, para o período proposto, em uma perspectiva comparada. Entretanto, revela-se uma comparação entre a população adulta residente no Brasil e em Portugal em relação à evolução das taxas estimadas pelo UNAIDS do HIV/AIDS na população adulta nestes países. Por fim, apresentam-se as principais conclusões acerca do desenvolvimento epidemiológico do HIV/AIDS, nos países em análise. De entre outras conclusões, destaca-se que a tendência distinta acerca da taxa estimada do HIV/AIDS na população adulta pode ser explicada estatística e epidemiologicamente. Estas duas justificações prendem-se com a relação entre os dados epidemiológicos de novos casos de AIDS e de óbitos, e com os dados estatísticos de desenvolvimento distinto da taxa

de população adulta habitante em cada país, no período em análise. Ou seja, como diminuiu a população adulta habitante mas continuou a aumentar o número de casos de AIDS e a diminuir os casos de óbito por AIDS em Portugal, justifica-se o aumento da taxa estimada da prevalência para o HIV neste país. Assim como, no Brasil, em sentido oposto, apesar de também haver novos casos de AIDS, a população adulta habitante aumentou, o número de óbitos por AIDS também aumentou, e conseqüentemente, justifica-se que a taxa estimada de prevalência do HIV/AIDS na população adulta tenha diminuído.

Apesar de responder estatisticamente às distintas tendências para as taxas de prevalência estimada no HIV na população adulta para o Brasil e Portugal, o terceiro capítulo desta tese não explica, do ponto de vista da análise de políticas públicas, esta diferença.

Deste modo, os capítulos IV e V revelam, respetivamente, os estudos de caso da implementação da política pública de combate ao HIV/AIDS no Brasil e em Portugal, entre 2001 e 2010, demonstrando que há diferenças nas formas de implementar estas políticas públicas também revelam diferentes resultados para as mesmas. Assim, ao longo destes capítulos será dada ênfase ao surgimento de cada uma das instituições estatais responsáveis pela implementação das políticas públicas nacionais de combate ao HIV/AIDS em cada país.

Como ao longo da história da epidemia em ambos os países esta instituição tem apresentado diferentes nomes, e para facilitar a compreensão da intervenção desta instituição do Estado, sempre que se referir na presente tese ao Programa Nacional de Combate ao AIDS (PNA) estar-se-á a referir à instituição do Estado, seja brasileiro ou português, que tem esta competência. Por exemplo, atualmente o PNA português é denominado Programa Nacional para a Infeção pelo VIH/SIDA, mas na altura em que fora fundado era conhecido como Comissão Nacional de Luta contra a SIDA (CNLCS).

Lembrando a complexidade da ação do Estado na implementação de políticas públicas de combate o HIV/AIDS, os capítulos IV e V darão ênfase à intervenção do PNA de cada país nas campanhas de prevenção, bem como na atenção conferida às populações mais vulneráveis. Além disso serão expostos dados acerca da relação de cada PNA junto das ONG/AIDS, enquanto instituições de grupos de interesse, e da influência das Metas das UNGASS nas estratégias implementadas pelos PNA, entre 2001 e 2010, no Brasil e em Portugal. Para tanto cada um dos capítulos inicia-se por revelar um breve histórico acerca da política nacional de saúde e dos pressupostos e valores que as instituem. Conclui-se cada um destes dois capítulos com as principais lições e características percebidas a partir da implementação da estratégias de combate ao HIV/AIDS pelos respetivos PNA, no Brasil e em Portugal, ao longo da década em análise.

Considerando que a presente tese se caracteriza por ser uma análise comparativa das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, no Brasil e em Portugal, entre 2001 e 2010, o capítulo VI, “Análise comparativa dos estudos de caso”, pretende revelar comparativamente as principais diferenças percebidas ao longo da presente investigação. Para tanto inicia-se por revelar as principais considerações acerca das taxas estimadas de prevalência do HIV/AIDS no Brasil e em Portugal (2001 e 2011), disponibilizadas pelo UNAIDS. A seguir são expostas as diferenças percebidas nos relatórios de vigilância epidemiológica do Brasil e de Portugal. O capítulo compara ainda as estratégias de prevenção, entre 2001 e 2010, com ênfase nas campanhas e na atenção dada às populações mais vulneráveis implementadas pelos PNA de cada país. Além disso é comparada ainda a relação entre as ONG/AIDS e os PNA, bem como a influência das Metas da UNGASS nas estratégias implementadas pelo PNA do Brasil e de Portugal. O capítulo compara ainda os distintos processos de institucionalização dos pressupostos e valores das políticas nacionais de saúde nas políticas públicas de combate ao HIV/AIDS no Brasil e em Portugal, entre 2001 e 2010. Este capítulo termina com algumas considerações e perspectivas para estas políticas públicas na década seguinte, no Brasil e em Portugal.

Por fim, na conclusão da presente tese, pretende-se responder à questão norteadora: “Como é que em países sujeitos à mesma influência internacional, possuidores de Programas Nacionais de combate ao HIV/AIDS e grupos de interesse institucionalmente constituídos, apresentam tendências distintas na taxa estimada de prevalência do HIV na população adulta?”. Nesta parte da tese expõe-se, de entre outras conclusões, que não é possível atribuir uma relação exclusiva de causa e efeito, na medida em que as variáveis independentes propostas na questão norteadora não são exclusivamente responsáveis pelo aumento ou diminuição da prevalência do HIV/AIDS no países analisados, mas sim que a relação entre estas contribuem para os resultados destas políticas.

Entretanto, não se pode negligenciar que os PNA estudados, ao longo da década, mantem relações distintas com os grupos de interesse institucionalmente constituídos e isto traduz-se também em diferentes formas de implementação das políticas públicas de combate o HIV/AIDS, o que contribui para que tenham diferentes resultados, indentificando-se assim uma das variáveis explicativas para problema. O que explica esta diferença nas relações entre os PNA e as respectivas ONG/AIDS é o processo de institucionalização dos pressupostos e valores das políticas nacionais de saúde, tais como o da participação e descentralização. Estes valores efetivam-se nas políticas públicas de combate ao HIV/AIDS no Brasil, desde o surgimento da epidemia, enquanto em Portugal estes ainda estão em processo de institucionalização.

Deste modo, o que a presente tese sugere, entre outros fatores, é que se as políticas públicas continuarem a ser implementadas do mesmo modo que na década em análise, provavelmente estas tendências manter-se-ão. Além da resposta à questão norteadora, a conclusão desta tese expõe ainda os principais constrangimentos percebidos no desenvolvimento desta investigação, propõe pistas para futuras investigações, bem como responde à questão de conflito de interesses presente no seu desenvolvimento.

CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE A ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE AO HIV/AIDS

Considerando o objeto desta tese de doutoramento a análise comparativa das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS desenvolvidas no Brasil e em Portugal, entre 2001 e 2010, o primeiro capítulo apresenta as principais considerações teóricas que fundamentam a análise de políticas públicas, bem como as especificidades da análise das políticas públicas de saúde, a partir de uma extensa revisão bibliográfica. A seguir expõe-se a problemática que motiva a questão norteadora da presente tese, bem como os modelos analíticos de políticas públicas que serão utilizados nesta análise. Deste modo, conclui-se o presente capítulo revelando-se como serão conjugadas as abordagens macro e meso de análise das políticas públicas, nas políticas de enfrentamento ao HIV/AIDS nos países em estudo, contributo fundamental para o desenvolvimento da presente tese.

1.1. A análise das políticas públicas

Apesar dos avanços percebidos nas últimas décadas, a grande produção científica e acadêmica no domínio das políticas públicas ainda se fundamenta nas experiências dos países europeus e norte-americanos, com democracias consolidadas, sendo a análise de políticas públicas ainda bastante incipiente no Brasil enquanto democracia em processo de consolidação, e em Portugal, apesar deste constituir um país europeu, com democracia dita consolidada (Mello, 1999; Frey, 2000; Faria, 2003 e 2005; Leite *et al*, 2006; Magalhães e Bodstein, 2009).

Por isto, para perceber os contributos que a análise de políticas públicas pode trazer no âmbito da produção acadêmica e científica desta área do conhecimento, a partir das experiências do Brasil e de Portugal que serão alvo de atenção, através de estudos de caso, na presente tese, é fundamental iniciar-se pela definição de política pública. Entretanto, este conceito depende diretamente do entendimento *a priori* do conceito de política, propriamente dito.

Segundo diferentes autores (Subirats, 1989; Villanueva, 1992; Hogwood e Gunn, 1993; Frey, 2000) o conceito de política pode ter distintos sentidos: pode ser uma área específica de intervenção governamental, um objetivo geral a ser executado, uma demanda social, uma intenção de ação específica, uma normativa aplicada a uma problemática específica, um grupo de objetivos e projetos de ação que o Estado desempenha numa área específica. Ou ainda a política pode ser simplesmente o resultado de uma atividade

específica do Estado, o comportamento governamental de facto, o resultado real da ação governamental e, por fim, os pressupostos em que se sustenta uma ação governamental.

De modo mais objetivo, Frey (2000) apresenta três dimensões do conceito de política: institucional, processual e material, considerando, respetivamente, os termos utilizados em inglês: *polity*, *politics* e *policy*. Política, segundo o autor, pode referir-se então i) “à ordem do sistema político, delimitada pelo sistema jurídico, e à estrutura institucional do sistema político-administrativo”; ii) “ao processo político, frequentemente de carácter conflituoso, no que diz respeito à imposição de objetivos, aos conteúdos e às decisões de distribuição”; e iii) “aos conteúdos concretos, isto é, à configuração dos programas políticos, aos problemas técnicos e ao conteúdo material das decisões políticas” Frey (2000:216-217).

Por outro lado, as políticas públicas podem e são objeto de estudos académicos e científicos, contando com estratégias próprias de investigação. A análise de políticas públicas (“*policy analysis*”) é uma técnica de estudo que possibilita ao investigador obter uma opinião sobre uma política pública específica (Frey, 2000; Sampaio e Araújo Jr, 2006), sendo uma prática frequente a distinção entre variáveis dependentes e independentes. Em alguns casos é “(...) legítimo considerar o fator ‘instituições’ como variável independente” (Frey, 2000:218), conforme se verificará no caso da presente tese, os Programas Nacionais de combate ao HIV/AIDS – PNA –, enquanto instituições do Estado, são consideradas variáveis independentes, entre outras.

Entretanto, a análise de políticas públicas não conta com uma teoria uniforme, na realidade, segundo Faria (2003:22) “(...) há hoje uma ‘Babel’ de abordagens, teorizações incipientes e vertentes analíticas que buscam dar inteligibilidade à diversificação dos processos de formação e gestão das políticas públicas”. Assim, através da combinação de métodos modernos e diferentes focos, ela está a contribuir permanentemente para a formação teórica, mudando deste modo o conhecimento acerca da política processual tradicional.

Pretende-se, então, abordar primeiramente a análise de políticas públicas numa perspetiva macro, sob a ótica do neoinstitucionalismo, compreendendo de que forma os processos, valores, atores, instituições e demais nuances que envolvem as políticas públicas se relacionam, explicando as lógicas do seu “funcionamento”. Isto porque, segundo Matias-Pereira

“ (...) a existência de uma profunda diversidade cultural, regimes políticos diferentes e formações históricas específicas que existem de país para país imprime em cada um deles uma feição única, o que explica as variações sobre os objetivos, estilos administrativos, funções e papel da administração pública no mundo” (2008: 62).

Entretanto, muitas análises comparativas de políticas públicas entre países explicam “o que aconteceu”, em detrimento do “por que aconteceu” (Gilson e Raphaely, 2007). Este é

o caso dos estudos realizados por Matias-Pereira (2008) e Ferreira e Pacheco (2009), pois apresentam, respetivamente, as diferenças no processo de modernização da administração pública dos Estados Unidos da América (EUA), Brasil e União Europeia (UE) e as diferenças dos programas de pós-graduação do Brasil e Portugal, sem explicarem efetivamente os motivos pelos quais estas diferenças ocorrem. Na presente tese, este constrangimento será superado na medida em que, primeiramente, são apresentados dados sobre a taxa de prevalência estimada do HIV na população adulta ao longo da última década, em Portugal e no Brasil, explicando assim “o que aconteceu” e justificando o desenvolvimento da tese. E, posteriormente, através de estudos de caso, são analisados os Programas Nacionais de combate ao HIV/AIDS, buscando assim o “por que aconteceu”. Sendo assim, reforçasse que, na presente tese, dar-se-á ênfase na relação entre cada PNA e os respectivos grupos de interesse no processo de implementação destas políticas públicas. Saliencia-se assim, que, apesar de não ser o único fator que explica o “por que aconteceu”, é o que apresenta-se com relevo nesta tese.

Assim, passar-se-á a abordar os desafios da análise das políticas públicas de saúde, em particular as especificidades das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS desenvolvidas no Brasil e em Portugal entre 2001 e 2010. Expõem-se ainda os contributos do neoinstitucionalismo neste processo explicativo das políticas públicas, pois o neoinstitucionalismo e o modelo de análise meso do *policy cycle* (descrito posteriormente) são complementares na análise de políticas públicas (Frey, 2000; Saravia, 2006). Considera-se que esta definição do método de análise que será desenvolvida ao longo do próximo capítulo é fundamental, pois possibilita a replicação e a comparação com outros estudos (Faria, 2005; Sampaio e Araújo, 2006).

1.2. Análise de políticas públicas de saúde: especificidades e desafios

Qualquer política pública está inserida num grupo de políticas governamentais e numa contribuição sectorial para a busca do bem-estar coletivo e cada uma prioriza distintos aspetos em função de relevâncias e urgências específicas (Saravia, 2006). Este é o caso das políticas públicas de saúde, enquanto grupo, e das políticas de combate ao HIV/AIDS, enquanto setor daquela.

O primeiro desafio, como explicado no início deste capítulo, é que o conceito de "política" pode ser definido de muitas maneiras diferentes, com diversas implicações para o seu estudo. Desde modo, Buse *et al* (2005) definem políticas públicas de saúde como “cursos de ação (e omissão) que afetam o conjunto de instituições, organizações, serviços e arranjos de financiamento do sistema de saúde”, sendo que tal política pode ser feita dentro do

governo, por atores não-governamentais (como é o caso das ONG) e por organizações externas ao sistema de saúde (como pela Organização Mundial de Saúde (OMS) pelo UNAIDS).

Gilson e Raphaely (2007) identificam algumas lacunas e deficiências no campo da análise das políticas públicas de saúde, com ênfase em países de baixa e média renda. A análise constata a ausência de marcos conceituais explícitos, detalhando-se o desenho de projetos de pesquisa e metodologia, e uma preponderância de estudos de caso únicos sobre questões específicas. Os autores chamam a atenção para o uso limitado de teoria relevante para apoiar a análise e a escassez de tentativas de fornecer um enfoque explicativo explícito. Como referem, e também mencionado anteriormente, a questão principal é muitas vezes “o que aconteceu”, em detrimento de “por que aconteceu”. Segundo estes autores, os investigadores raramente fazem reflexões acerca de como as suas próprias posições moldam as suas interpretações e as conclusões da investigação. Nota-se isto em Moysés *et al* (2004), onde os autores propõem avaliar as políticas públicas de promoção à saúde, através de um estudo de caso em Curitiba, no Brasil, mas acabam apenas por relatar a experiência acerca da implementação desta política, sem explicar o porquê de a considerarem bem-sucedida, ou o porquê dela ocorrer de modo colaborativo.

Neste sentido, Gilson e Raphaely (2007) abordam algumas das razões para as deficiências identificadas na revisão acerca da análise de políticas públicas de saúde, fazendo algumas sugestões para o avanço nesta área. Primeiramente, os autores iniciam por olhar para o ambiente envolvente, ou o contexto que envolve as políticas públicas de saúde, e alguns dos desafios para investigar este fenómeno altamente complexo. Em segundo lugar, apontam a importância de teorias e quadros que são considerados nas construções teóricas, muitas vezes utilizadas em estudos de políticas de saúde. A partir daí abordam a metodologia e o desenho de estudo, explorando as implicações do estudo de caso e a temporalidade para a análise de políticas de saúde, e, por fim, discutem o papel do pesquisador de políticas públicas, a importância da reflexividade e posicionamento do pesquisador no processo de pesquisa.

Segundo Walt *et al* (2007), grande parte da teoria de análise de políticas públicas em países de alta renda é útil e tem ressonância na pesquisa e na saúde dos países em desenvolvimento. No entanto, a transferência de tais teorias e inerentes conceitos deve ser feita com cautela.

Em geral, pode-se dizer que o setor da saúde tem características específicas que afetam o ambiente político (e que o diferenciam de outros setores sociais). O Estado pode ser tanto fornecedor quanto comprador de serviços, mas também está envolvido na regulação, investigação e formação, entre outras funções. Na prestação de serviços, pode

estar em competição ou em parceria com a iniciativa privada, que também atua como reguladora. Ao realizar a aquisição de cuidados de saúde, tendo as funções reguladoras, o Estado é normalmente muito dependente e podem faltar informações essenciais, apenas fornecidas pelos setores das tecnologias de informação. Neste sentido, o problema da assimetria de informação existente no setor da saúde é muitas vezes superior ao verificado nos demais setores sociais (Gilson e Raphaely, 2007).

Ressalta-se ainda que as questões de saúde são muitas vezes respostas públicas às demandas criadas pela sociedade (Subirats, 2001; Sampaio e Araújo Jr, 2006). Os grupos de interesse na área da saúde, que vão desde os profissionais à indústria farmacêutica, têm sido tradicionalmente percebidos como significativamente influentes no processo político. Estes grupos estão numa posição única para fazê-lo por causa do seu conhecimento, da tecnologia, do acesso a processos políticos e participação nas questões de vida e morte. Apesar destas características constituírem aspetos típicos destes grupos, importa contextualizá-las tanto no tempo, como no espaço. O ambiente das políticas públicas de saúde em países de renda média e alta difere do ambiente em países de baixa renda, onde, por exemplo, existem regulamentos, capacidade de regulação e sistemas de monitorização mais fracos (Walt *et al* 2007). Acresce ainda, nestes países de baixos rendimentos, a falta de poder de compra como uma alavanca para influenciar a qualidade e o tipo de serviços prestados, a existência de mais patrocínios nos sistemas políticos e uma maior dependência de fundos de doadores externos, entre muitas outras diferenças (*idem*).

Apesar das diferenças entre os países de renda alta e baixa, é cada vez mais reconhecido que os processos políticos estão a sofrer mudanças em todos os lugares. A análise de políticas públicas estava inicialmente focada no Estado ou no Governo, no setor público, nos políticos, nos burocratas e nos grupos de interesse (Hogwood e Gunn, 1984; Grindle e Thomas 1991). Nos últimos anos tem-se reconhecido uma mudança na natureza da política e na formulação de políticas públicas, o que aponta para o envolvimento de um conjunto muito maior de atores no processo político (Buse *et al*, 2005). O setor privado, composto por entidades com e sem fins lucrativos, por organizações grandes e pequenas, acrescenta jogadores importantes nas políticas públicas de saúde. Parcerias entre os setores público e privado também mudaram o ambiente de política de saúde. Além disso, a política é cada vez mais moldada e influenciada por forças fora dos limites do Estado, como a sociedade civil global (Keck e Sikkink, 1998).

Além disso, a literatura crescente em torno das questões da globalização, enfatizando mudanças de dimensões espaciais, temporais e cognitivas (Lee *et al*, 2002), reflete também a extensão em que a percepção do mundo é alterada. Não é menor a distância geográfica entre as regiões, mas as trocas tornaram-se mais rápidas, as ideias e as percepções

espalham-se rapidamente por meio de comunicações globais e entre diferentes culturas. Isso significa que o ambiente político, e o das políticas públicas de saúde inclusive, é cada vez mais habitado por relações inter-organizacionais e de redes transfronteiriças complexas, com políticas influenciadas por decisões globais e ações domésticas.

A análise de políticas públicas de saúde deve ter uma abordagem multidisciplinar que visa explicar a interação entre instituições, interesses e ideias no processo político. Esta análise é útil tanto retrospectivamente, quanto prospectivamente, para entender fracassos e sucessos políticos do passado, contribuindo para o planejamento e para a implementação de políticas futuras (Walt *et al*, 2007). No entanto, tais processos de efetividade de políticas de saúde não são necessariamente ostensivos ou claramente delimitados. A maneira como as decisões surgem, ao invés de ocorrer num único ponto no tempo, muitas vezes observável para o investigador, pode ser particularmente difícil de descompactar e explicar. Na prática, segundo Walt *et al* (2007), há muitas vezes diversos obstáculos neste acesso: a área geográfica, atores, indivíduos, grupos e redes envolvidos nos processos políticos, processos de tomada de decisão que são muitas vezes opacos e a obtenção de documentos e papéis relevantes pode ser problemática. Por outro lado, parece existir um excesso de informação onde a documentação de fundo disponível, tais como grandes volumes de troca de *e-mails*, pode ser pesada e difícil de analisar. Além disso, a própria observação participante compreende dificuldades quando posta em prática.

Há também, muitas vezes, uma tensão entre a natureza de longo prazo do desenvolvimento e implementação de políticas e a natureza de curto prazo, tanto de financiamento para a pesquisa política, como das demandas dos decisores políticos para respostas rápidas e soluções. Muitas das pesquisas das políticas públicas de saúde são motivadas (e atraem financiamento) por preocupações práticas, tais como a avaliação de programas já existentes.

Segundo Walt *et al* (2007), existem ainda muitos outros desafios conceituais para realizar a análise de políticas públicas de saúde, pois também pode ser difícil "contar a história" sem ficar imerso nos detalhes. Assim, cabe aos investigadores encontrarem formas de organizar a sua análise de modo que forneçam uma lente que a represente mas também explicando um ambiente altamente complexo. Como Gilson e Raphaely (2007) mostraram, muitas das análises de políticas públicas de saúde são relativamente intuitivas e os pressupostos em que se baseiam raramente são identificados.

Deste modo, argumenta-se que o campo de análise de políticas públicas de saúde pode avançar significativamente se os investigadores realizarem de forma mais sistemática o desenvolvimento de proposições claras e verificáveis sobre o assunto a ser explicado, no

âmbito de teorias e modelos explicativos, como propõe a presente tese. Além disso, conforme indica Frey

“ (...) se quisermos saber mais detalhes sobre a génese e o percurso de certos programas políticos – os fatores favoráveis e os entraves bloqueadores – então a pesquisa comparativa não pode deixar de se concentrar de forma mais intensa na investigação da vida interna dos processos político-administrativos. Com esse direcionamento processual, tornam-se mais importantes os arranjos institucionais, as atitudes e objetivos dos atores políticos, os instrumentos de ação e as estratégias políticas.” (2000: 220-221)

Pretende-se, nos próximos capítulos da tese abordar estes aspetos em matéria de políticas públicas de enfrentamento ao HIV/AIDS, no Brasil e em Portugal.

1.3. O que se pretende analisar nas políticas públicas de enfrentamento ao HIV/AIDS

O Relatório Global do UNAIDS (2012) aponta para a diminuição em 19% do número de novas infeções em todo o mundo, desde 1999, e para a estabilização da taxa de prevalência do HIV, mas em patamares ainda altos. Em 1990, auge da epidemia, a taxa estimada de prevalência do HIV na população adulta (15 aos 49 anos) no mundo era de 1,4%. Em 2001, esta taxa passou para 0,8% e em 2011 manteve-se estável. Segundo o UNAIDS (2012), o sucesso no enfrentamento ao HIV/AIDS em todo o mundo deve-se às políticas públicas eficientes e eficazes aplicadas globalmente. Entretanto, considerando o período 2001 – 2011, verificou-se uma tendência do aumento da taxa estimada de prevalência do HIV na população adulta em Portugal e uma tendência de diminuição no Brasil. É com base nestes factos que surge a questão norteadora da presente tese de doutoramento: como é que em países sujeitos à mesma influência internacional, possuidores de Programas Nacionais de combate ao HIV/AIDS e grupos de interesse institucionalmente constituídos, apresentam tendências distintas na taxa estimada de prevalência do HIV na população adulta?

A principal motivação para comparar estes dois países está justamente nas características comuns que ambos os países apresentam em relação ao combate ao HIV/AIDS, mas que se traduzem em tendências diferentes quanto à taxa estimada de prevalência do HIV/AIDS na população adulta.

Primeiramente, reforça-se que ambos países assinaram a Declaração de Compromissos da 26ª Assembleia Geral das Nações Unidas – as Metas da UNGASS – para o período 2001 – 2010, estando assim, *a priori*, sob a mesma influência internacional. Além disso, ambos os países contam com Programas Nacionais de Combate à epidemia HIV/AIDS criados antes do ano 2001. Também ambas as nações aprovaram, ainda na década de 1990, legislação que garante acesso inteiramente gratuito aos medicamentos antirretrovirais (ARV)

às pessoas vivendo com AIDS. Por fim, e considerando que os grupos de interesse influenciam na formulação e implementação de políticas públicas (Grindler, 1980; Immergut, 1992; Viana, 1996; Oliveira, 2006), ambos os países contam com grupos de interesse institucionalmente organizados, as ONG/AIDS, existentes em 2001, como é o caso da ABRAÇO e do GAT em Portugal, e da ABIA no Brasil (Ramos, 2004). Estas são instituições de relevância e de intervenção nos territórios nacionais.

Em tempo, reforça-se a importância dada à taxa estimada da prevalência do HIV na população adulta, na revelação dos dados de AIDS no mundo, no Brasil e em Portugal que será apresentada mais adiante na presente tese. Ou seja, a taxa de prevalência estimada do HIV na população adulta (dos 15 aos 49 anos) refere-se à proporção deste grupo da população a viver com HIV num determinado ano. Quando a taxa de prevalência do HIV é alta, esta influencia diretamente os sectores produtivos da sociedade, podendo aumentar significativamente o impacto da epidemia inclusive na economia do país. Também, uma alta taxa de prevalência, pode indicar maiores gastos, sobretudo quando legalmente assegurados pelos benefícios sociais e previdências concedidos pelos países às pessoas que vivem com HIV. Nota-se, assim, que a taxa de prevalência estimada do HIV pode ser um indicador significativo da eficácia das políticas públicas de saúde neste âmbito.

Diante disso, quando a taxa de prevalência estimada do HIV aumenta na população adulta, isto pode ser um indicativo de que é necessário refletir acerca da efetividade das políticas públicas nacionais desenvolvidas no combate ao HIV num determinado país.

Por outro lado, quando a prevalência do HIV diminui isto significa que a proporção de pessoas a infetarem-se com o HIV também diminuiu, podendo então significar que as políticas públicas nacionais de combate ao HIV trazem resultados positivos.

Explicar esta tendência distinta da taxa estimada de prevalência do HIV/AIDS na população adulta, nos países em análise, através da ação dos respetivos Programas Nacionais de combate ao HIV/AIDS - PNA, em função das Metas da UNGASS e da relação com os grupos de interesse institucionalmente constituídos (neste caso ONG/AIDS) enquanto representantes da sociedade civil organizada exercem sobre as instituições de cada um dos Estados, entre 2001 e 2010, é o objetivo dos demais capítulos desta tese.

Entretanto, é necessário perceber quais serão os modelos teóricos de análise de políticas públicas, tanto macro quanto meso, que serão aplicados na presente tese, pelo que os demais pontos deste capítulo fundamentarão os modelos escolhidos pelo autor.

1.4. Uma proposta de análise neoinstitucionalista das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS

Antes de revelar as características e os contributos do neoinstitucionalismo à análise macro das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, reforça-se a importância do conceito de instituições. Neste sentido, as instituições definem-se como regras, formais ou informais, idealizadas para gerar ordem ou minimizar a incerteza nas trocas (North, 1991; Souza, 2006).

A partir deste conceito, afirma-se que o neoinstitucionalismo caracteriza-se justamente pelo facto de as instituições serem matrizes de reprodução social, que orientam padrões de comportamento e constroem o âmbito das ações possíveis nos diferentes contextos sociais (Théret, 2003), contando com três pressupostos fundamentais: i) “as preferências ou interesses expressos em ações não devem ser confundidos com verdadeiras preferências”; ii) “os métodos de agregação de interesses inevitavelmente trazem distorções”; e iii) “as configurações institucionais podem privilegiar conjuntos específicos de interesses”. Ainda nas diferentes formas de neoinstitucionalismo há a preocupação

“(…) com dificuldades em definir o que os atores humanos querem quando as preferências manifestadas na política são tão radicalmente afetadas pelos contextos institucionais em que essas preferências são expressas”. (Immergut, 1998).

Assim, o neoinstitucionalismo esclarece a compreensão de que não são apenas indivíduos ou grupos de interesse que têm poder de influenciar as políticas públicas, mas também podem ter extrema relevância as regras, sejam estas formais ou não, os valores e pressuposto e os eventos históricos.

Sendo assim, pode-se dizer que a principal diferença do neoinstitucionalismo, para com a teoria institucionalista, é que o primeiro não explica os processos e nuances das políticas públicas apenas através das instituições. Os neoinstitucionalistas defendem que em diversos casos não é possível explicar os acontecimentos apenas por fatores institucionais.

Frey (2000) afirma que a grande maioria dos estudos que contribuem para o desenvolvimento do neoinstitucionalismo são realizados em países considerados como tendo sistemas políticos institucionalmente estáveis (como é o caso do EUA e dos países europeus), havendo poucos trabalhos empíricos em países com sistemas políticos em transformação (como é o caso dos países da América Latina). Esta averiguação aumenta, assim, a “tentação de atribuir ao fator ‘instituições estáveis ou frágeis’ importância primordial para explicar o êxito ou o fracasso das políticas adotadas”. Diante desta tentação, a presente tese assume maior relevância, pois pretende-se perceber como o Brasil, sendo considerado um país com o sistema político em transformação, frágil, ou como uma democracia em processo de consolidação, e Portugal, sendo considerado um país com o sistema político

institucionalmente estável, apresentam tendências opostas no combate ao HIV/AIDS. Recorde-se o facto de o Brasil ter apresentado em 10 anos melhores resultados do que Portugal no que respeita à tendência da taxa estimada da prevalência do HIV/AIDS na população adulta.

Como propõe Frey (2000), o neoinstitucionalismo permite perceber como são determinadas as escolhas estratégicas nas diversas políticas públicas, inclusive permitindo avaliar a capacidade dos atores políticos de alterar as estruturas políticas, de acordo com suas estratégias, por exemplo, através da institucionalização, desinstitucionalização, atribuição de funções. Ou ainda através dos pontos de veto (Immergut, 1992), de estratégias de cooperação ou colaboração (Borzel, 2001), entre outras.

Entretanto, segundo Hall e Taylor (1996) e Souza (2006), o neoinstitucionalismo não é uma teoria de análise das políticas públicas unificada. As diferentes variantes desta teoria (neoinstitucionalismo da escolha racional, neoinstitucionalismo histórico e neoinstitucionalismo sociológico) examinam, de distintos pontos de vista, o papel das instituições na deliberação de resultados sociais e políticos, apresentando imagens também distintas do mundo político. Sendo assim, apresentar-se-á, a seguir, as características de cada uma destas variantes.

Para Hall e Taylor (2003) o neoinstitucionalismo da escolha racional tem quatro propriedades típicas identificadas entre os teóricos que utilizam esta modalidade de análise das políticas públicas. A primeira propriedade defende que os atores pertinentes partilham um conjunto determinado de preferências ou de gostos e se comportam de modo inteiramente utilitário para otimizar a satisfação de suas preferências, prevendo um número considerável de cálculos. A segunda propriedade considera a vida política como uma sucessão de impasses de ação coletiva, definidos como situações em que os indivíduos que agem de modo a otimizar a realização das suas próprias preferências o fazem com o risco de gerar um resultado sub-ótimo para a coletividade. A terceira propriedade defende que o comportamento de um ator é condicionado por um cálculo estratégico e que este é fortemente afetado pelas suas próprias expectativas em relação ao comportamento esperado dos outros atores. E, por fim, a quarta propriedade aponta para a explicação da origem das instituições, considerando que a existência de uma instituição depende do valor assumido pelas suas funções aos olhos dos atores influenciados pela instituição. Ou seja, esta propriedade defende que os atores geram a instituição de modo a realizar esse valor, obtendo-se ganho pela cooperação, isto é, os atores geralmente criam as instituições centradas na noção de acordo voluntário entre os atores interessados.

Segundo Souza (2006), um grande contributo da teoria neoinstitucionalista da escolha racional está no questionamento dos mitos de que os interesses individuais

agregados originariam ação coletiva e de que a ação coletiva produz necessariamente bens coletivos. Nesta perspectiva, as definições sobre políticas públicas requerem o desempenho de incentivos seletivos para diminuir sua captura por grupos ou interesses personalistas. A abordagem do neoinstitucionalismo da escolha racional define-se pela análise das escolhas realizadas por atores racionais em contextos de interdependência, ou seja, é o estudo da ação estratégica de atores racionais, onde as instituições influenciam o seu desempenho e, conseqüentemente, as escolhas políticas (Immergut, 1998).

Entretanto, o neoinstitucionalismo sociológico, também chamado de neoinstitucionalismo das organizações, afirma que os limites pertencentes à cognição impossibilitam tomadas de decisão meramente racionais, ressaltando-se a importância de representações simbólicas e do papel das instituições na geração de significados, bem como de normas. Assim, as decisões, inclusive políticas, não podem ser percebidas como meras agregações amplas das preferências dos indivíduos, mas sim como o produto de processos cognitivos e organizacionais que produzem decisões, apesar da dúvida (Immergut, 1998). Ao contrário da variante da escolha racional, este neoinstitucionalismo rejeita hipóteses utilitaristas sobre o contentamento das preferências e interesses dos indivíduos através das decisões coletivas e considera que as organizações optam por adotar formas e práticas institucionais específicas porque têm valor amplamente reconhecido num contexto cultural mais largo.

Ainda na perspectiva de Hall e Taylor (2003), os investigadores que utilizam o neoinstitucionalismo sociológico geralmente optam por problemáticas que reúnem a explanação do porquê que as instituições adotam um dado conjunto de formas, procedimentos ou símbolos, com ênfase na difusão dessas práticas. Para os autores, este neoinstitucionalismo apresenta três características específicas: i) percebe as instituições de modo mais amplo e global, pois incluiu as regras, procedimentos, normas formais e também os sistemas de símbolos, esquemas cognitivos e modelos morais que oferecem padrões de significados que norteiam a atitude dos homens; ii) atribui uma dimensão normativa do impacto das instituições, pois considera que os atores desempenham papéis específicos, internalizados pelas normas vinculadas a esses papéis, demonstrando como as instituições moldam comportamentos; e iii) implementa uma dimensão cognitiva ao impacto das instituições, pois estas influenciam a ação dos atores fornecendo categorias, esquemas e modelos cognitivos, mas também meios para se imaginar o que realizar num determinado contexto. Sendo assim, segundo os autores, o neoinstitucionalismo sociológico reforça interação natural entre as instituições e os indivíduos, na medida em que a

“ (...) a relação que liga o indivíduo e a instituição repousa portanto sobre uma espécie de ‘raciocínio prático’ pelo qual, para estabelecer uma linha de ação, o indivíduo utiliza os

modelos institucionais disponíveis ao mesmo tempo que os confecciona.” (Hall e Taylor, 2003: 201)

Entretanto, a terceira variante do neoinstitucionalismo fornece um grupo de ferramentas de análise para investigar a dimensão histórica das políticas públicas, o neoinstitucionalismo histórico. Nesta abordagem dá-se significativa relevância às dimensões histórica e temporal da formulação e posterior implementação das políticas públicas. Afirma-se, como em Hall e Taylor (2003), que a principal razão disto é que as instituições são consideradas critérios históricos fundamentais, norteados um trajeto que influencia o grupo das opções de políticas públicas possíveis:

“Os adeptos do institucionalismo histórico tentaram explicar como as instituições produzem esses trajetos, vale dizer, como elas estruturam a resposta de uma dada nação a novos desafios. Os primeiros teóricos enfatizaram o modo como as ‘capacidades do Estado’ e as ‘políticas herdadas’ existentes estruturam as decisões ulteriores. Outros insistem no modo pelo qual as políticas adotadas no passado condicionam as políticas ulteriores, ao encorajarem as forças sociais a se organizar segundo certas orientações de preferência a outras, a adotar identidades particulares, ou a desenvolver interesses em políticas cujo abandono envolveria um risco eleitoral. Em numerosos casos esses teóricos insistem em especial nas consequências imprevistas de instituições existentes e das insuficiências que elas produzem, opondo-se assim à imagem que muitos economistas propõem da criação institucional.” (idem: 202)

Também Immergut (1998) afirma que os teóricos do neoinstitucionalismo histórico dão ênfase às irregularidades da história, ao invés das regularidades, demonstrando os limites dos modelos causais universais. Nesta perspectiva, ainda segundo a autora

Os atores não maximizam simplesmente seus interesses próprios com base em certas limitações. Em lugar disso, esses atores são tidos como aqueles que buscam garantir suas apostas em um mundo incerto, fazendo estratégias de como melhor proceder, sem saber exatamente qual será a evolução da economia, ao mesmo tempo que são capazes de tentar moldar o contexto em que atuam para melhorar suas chances futuras e, de fato, constituir suas identidades e interesses, bem como o contexto para suas ações futuras, de acordo com suas escolhas.

Para Souza (2006), esta variante do neoinstitucionalismo contribui para o debate sobre o papel das instituições na modelagem das predileções dos decisores. Nesta abordagem histórica as instituições adequam as definições dos decisores, mas a ação racional daqueles que decidem não se limita só ao cumprimento dos seus próprios interesses. A ação racional também depende das percepções subjetivas sobre alternativas, sobre as suas consequências e avaliações dos possíveis resultados. Sem negligenciar a existência do cálculo racional e o próprio interesse dos decisores, esta variante do neoinstitucionalismo afirma que o cálculo estratégico dos decisores ocorre dentro de uma

conceção mais ampla das regras, papéis, identidades e ideias, influenciadas pelo contexto histórico.

Nesta variante, as instituições conduzem uma distribuição desproporcional do poder entre os grupos. Assim, não analisam o funcionamento das políticas públicas, mas reforçam o meio através do qual as instituições concedem a determinados grupos de interesse um acesso desigual ao processo de decisão. Deste modo, grupos de interesse já sedimentados acabam por ver com ressalvas a entrada de novos atores nas arenas de decisão, sobretudo àquelas além-fronteiras, transnacionais, agravando as desavenças e a competição por recursos financeiros, institucionais ou políticos (Leite *et al*, 2006).

Importa ressaltar que, apesar das especificidades destas três formas de aplicar o neoinstitucionalismo, conforme apontam Hall e Taylor (1996), podem ser realizadas análises às políticas públicas conciliando os principais contributos de cada umas dessas vertentes. Percebe-se a efetividade desta interação em casos como os descritos por Immergut (1990 e 1992) e Veiga (2007). Estes autores explicam as suas hipóteses através da conciliação do neoinstitucionalismo da escolha racional e do neoinstitucionalismo histórico. No primeiro caso, para determinar as diferenças na socialização da medicina dos Sistemas Nacionais de saúde na França, Suécia e Suíça, no segundo caso, determinando as diferenças de implementação das políticas públicas de gestão das águas no Brasil, França e Portugal, considerando o desenvolvimento histórico das várias políticas públicas e as intervenções de grupos de interesse específicos, bem como os respetivos interesses. No caso de Immergut (1990 e 1992), a intervenção das associações de médicos (considerados grupos de interesse com grande poder e influência de decisão de políticas públicas para a saúde) e no caso de Veiga (2007), das ONG do ambiente, com trabalhos na área das políticas públicas de gestão das águas (enquanto agentes da participação e controle social).

Concluindo, as diferentes variantes do neoinstitucionalismo podem contribuir para a análise de políticas públicas numa perspetiva comparada entre países (Hall e Taylor, 1996 e 2003), como é o caso da presente tese. Através do neoinstitucionalismo pode-se tentar perceber quais são as escolhas envolvidas na implementação de estratégias para o enfrentamento do HIV/AIDS, tanto ao nível do Estado, ou mais precisamente das instituições que desenvolvem políticas públicas nacionais, quanto dos grupos de interesse envolvidos, em diferentes países. É ainda possível verificar como é que as instituições, numa perspetiva sociológica, influenciam o comportamento dos atores e vice-versa. Sendo assim, será através da aplicação destas duas vertentes do neoinstitucionalismo, Histórico e sociológico, que tentar-se-á explicar as diferenças nas políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, no Brasil e em Portugal, entre 2001 e 2010.

1.5. O *policy cycle* na análise das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS

Embora o neoinstitucionalismo pretenda perceber o funcionamento das políticas públicas de modo amplo, tal como descrito anteriormente, por vezes esta abordagem não é suficiente para explicar as especificidades de algumas políticas públicas sectoriais. Compreende-se ser este o caso das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, as quais exigem modelos que expliquem as nuances específicas destas políticas. Estas nuances específicas são resultantes das especificidades que o combate ao HIV/AIDS apresentam, pois trata-se de uma doença fortemente estigmatizada e geralmente vinculada a comportamentos e atos promíscuos ou aditivos. Além disto analisar políticas públicas significa, em muitos casos, estudar o governo em ação e, por esta razão, nem sempre os fundamentos neoinstitucionalistas são suficientes para realizar esta análise (Souza, 2006).

Assim, os programas e políticas públicas podem ser percebidos numa perspectiva de análise meso, como sistemas de ação e construção de redes sociais e técnicas, envolvendo amplas coalizões ou coligações, e múltiplos interesses (Magalhães e Bodstein, 2009), inseridos em ciclos de políticas públicas específicos. Por isto apresentar-se-ão breves e significativas considerações acerca do *policy cycle*, pois será a partir deste modelo que será realizada a análise dos casos brasileiro e português, propostos nesta tese. Ou seja, a partir de um ponto de vista amplo, fundamentado no neoinstitucionalismo histórico e sociológico, permite-se analisar de modo mais específico a fase de implementação de uma política pública utilizando-se deste modelo meso de análise, que é o *policy cycle*.

Segundo este modelo as políticas públicas são ciclos deliberativos, formados por várias etapas, constituindo-se num processo dinâmico e de aprendizagem, que definem e delimitam os espaços, desafios e atores (Saravia, 2006; Fernandes *et al*, 2011). Ou seja, as políticas públicas não dependem somente de processos vinculados aos trajetos institucionais específicos, mas possuem, de igual modo, uma dinâmica própria.

Várias são as propostas acerca das diferentes etapas do *policy cycle*. Segundo Souza (2006), o ciclo da política pública, como intitula a autora, constitui-se das seguintes etapas: definição de agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, implementação e avaliação. Entretanto o modelo heurístico do *policy cycle* propõe ainda, antes da definição da agenda, a identificação do problema (Frey, 2000; Leite *et al*, 2006).

A identificação do problema refere-se às circunstâncias e factos que têm relevância social e que acarretam constrangimentos para o bem-estar coletivo e que podem passar à agenda através da ação dos atores envolvidos na problemática, direta ou indiretamente. Segundo Frey (2000, p. 227) com muita frequência são os jornalistas e outras maneiras de comunicação política e social que atribuem significância política a um problema que poderia ser considerado peculiar, sendo que “interessa ao analista de políticas públicas é a questão

como em um número infinito de possíveis campos de ação política, alguns *'policy issues'* vêm se mostrando apropriados para um tratamento político e conseqüentemente acabam gerando um *'policy cycle'*.”

A definição da agenda, ou agenda *setting*, representa o grupo de problemas notados e que estimula um debate de âmbito público e a ação de autoridades políticas legítimas (Saravia, 2006). Deve-se apontar que no processo de definição da agenda o nível do conflito ou consenso revela um critério fundamental: de um lado há as situações de rotina e, de outro, a polémica assume-se como característica fundamental. Entretanto, não é qualquer problema que poderá entrar na agenda (Frey, 2000; Leite *et al*, 2006). Para que o problema entre na agenda, segundo Sabatier e Jenkins (1993) e Sabatier (1999) são necessários três aspetos: i) o problema deve estar relacionado com o desígnio de atividades de uma autoridade; ii) o problema deve ser passível de ser transposto na linguagem da ação política; e iii) deve haver a existência de uma situação problemática, ou seja, a existência de um fosso entre as expectativas e motivações e os desejos e crenças do que deveria ser executado e implementado. Deve-se ainda destacar o importante papel dos empreendedores políticos (sejam grupos, indivíduos, organizações, entre outros) aptos a mobilizar um conjunto de recursos necessários e as atividades e ações públicas realizadas para construir uma arena.

A etapa da identificação de alternativas, como chama Souza (2006), ou da elaboração, como chamam Frey (2000), consiste

“ (...) na identificação e delimitação de um problema atual ou potencial da comunidade, a determinação das possíveis alternativas para sua solução ou satisfação, a avaliação dos custos e efeitos de cada uma delas e o estabelecimento de prioridades.” (Leite *et al*, 2006: 33)

Já a etapa da avaliação das opções (Souza, 2006), ou também conhecida como a etapa da formulação contempla “(...) a seleção e especificação da alternativa considerada mais conveniente, seguida de declaração que explicita a decisão adotada, definindo seus objetivos e seu arco jurídico, administrativo e financeiro” (Saravia, 2006: 33). É nesta etapa que toma real importância a tomada de decisão na produção de políticas públicas (Lindblom, 1981; Frey, 2000). Segundo Leite *et al* (2006) a tomada de decisão pode ser produto de um cálculo dirigido para optar pela melhor solução e, deste modo, depende da racionalidade dos gestores ou das informações que eles conseguem processar. No entanto, em função de constrangimentos temporais, financeiros e de acesso a informação, a decisão pode refletir a escolha de uma solução satisfatória. Neste sentido, a decisão reflete a capacidade dos atores políticos, em especial dos gestores, de entenderem o problema dúbio e de tratarem as informações relevantes. Portanto, o processo de tomada de decisão depende tanto de fatores estruturais e situacionais, como de elementos cognitivos, de personalidade e de estratégia dos gestores. Nota-se, porém, que em diversos casos acontece a não-decisão, ou

seja, as ações e as atividades são usadas para evitar uma decisão e/ou uma demanda de mudança. Em suma, Leite *et al* (2006), referem que

“(…) duas atividades podem ser reforçadas nessa etapa: i) a formulação é a transformação de um problema em solução ou em alternativas, e é preciso levar em conta os modos de ações e intervenções e as estratégias que as sustentam (estudos técnicos, conflitos, previsão, coordenação, construção de coalizões, propaganda, persuasão, etc.); ii) o trabalho de legitimação que consiste em conformar uma solução com critérios ou regras, inscrevendo a solução num quadro normativo particular”. (idem: 9)

Acerca da etapa da fase da implementação, vários autores apontam para a sua importância e propõem conceitos complementares acerca desta etapa do *policy cycle* (Hogwood e Gunn, 1984; Viana, 1996; Frey, 2000; Leite *et al*, 2006; Saravia, 2006; Souza, 2006; Walt *et al*, 2007, entre outros). Importa destacar as palavras de Leite *et al* (2006), onde os autores indicam que

“(…) a implementação representa um processo pelo qual as decisões [se] acomodam à realidade, [se] ajustam ao campo de aplicação, se inscrevem nas rotinas dos agentes que implementam a política. Implementar consiste em aplicar um programa de ação a um problema. Isso significa que existem perturbações e modificações entre os objetivos perseguidos e as ações efetivas. É nessa fase que o papel dos gestores e o desenho institucional da política se tornam críticos. Com efeito, em função dos atores envolvidos (os agentes que implementam a política e o público-alvo do programa), dos instrumentos estabelecidos e do grau de centralização dos processos (existência de um órgão específico ou não, mecanismos de supervisão, especialização das organizações, etc.), a distância entre os objetivos perseguidos e as ações efetivas pode ser mais ou menos importante.” (idem: 10-11).

Para Frey (2000), o interesse desta fase para a análise de políticas públicas está justamente no facto de, por vezes, os resultados das políticas não corresponderem aos impactos planeados na fase de formulação. Sendo assim, podem-se distinguir duas abordagens dentro desta etapa. A primeira visa perceber a qualidade material e técnica, a partir dos conteúdos dos programas e projetos políticos, comparando-se os objetivos propostos na etapa da formulação com os resultados observados e examinando-se “até que ponto a encomenda de ação foi cumprida e quais as causas dos eventuais ‘déficits’ de implementação” (idem: 228). A segunda visa perceber as estruturas político-administrativas e a ação dos atores envolvidos, pois nesta abordagem “o que está em primeiro plano é o processo de implementação, isto é, a descrição do ‘como’ e da explicação do ‘porquê’. De maneira indutiva e empírica descreve-se o que acontece, quais atores atuam com quais motivos e com quais resultados” (ibidem).

Conforme apontam diversos autores (Grindle, 1991; Viana, 1996; Oliveira, 2006; Magalhães e Bodstein, 2009) os processos de tomada de decisão, considerando os atores

envolvidos e o contexto político em que estão inseridos, tanto na formulação quanto implementação, são de grande relevância nesta etapa e fomentam largo debate. Ou seja, alguns autores (Oliveira, 2006; Magalhães e Bodstein, 2009) afirmam que o processo de planeamento e consequente implementação das políticas públicas deve ser controlado de cima para baixo (*top down*), podendo desta maneira haver o controle efetivo no planeamento e na implementação, garantindo-se os resultados, pois consideram que os atores na base deste processo não tem uma visão do todo, nem forma de controlar o processo. Outros apontam para o contrário, ou seja, que se deve considerar no planeamento e implementação de políticas públicas as demandas e os contributos dos próprios beneficiários, construindo-se o processo de tomada de decisão de baixo para cima (*bottom up*). Esta proposta é justificada com base em questões de efetividade e eficácia, pois consideram que esses atores sabem o que acontece e o que de melhor se pode fazer para alcançar os resultados propostos para a política pública, bem como no facto de caracterizar o processo de modo mais democrático, fomentando a participação dos interessados nos processos de decisões que os afetam (Oliveira, 2006).

Para Oliveira (2006)

“(...) a população afetada pela política e os agentes do Estado em contacto com ela (conhecidos como “burocratas ao nível da rua”) poderiam e deveriam influenciar de forma mais intensa o processo de planeamento de políticas públicas.” (idem:279)

Um modelo específico de análise da etapa da implementação de políticas públicas é proposto por Grindle (1980), onde a autora argumenta acerca da influência do contexto político na implementação de políticas públicas. Para isto elabora um modelo de processo político em que as fronteiras e condicionantes do processo ocorreriam em função do conteúdo da política, do contexto político da implementação e do espaço administrativo em que se desenvolve a política. Os atores devem ser analisados segundo a capacidade de poder, os interesses, as estratégias e as características do regime com o qual interagem. Deste modo, o problema na implementação de políticas públicas é encontrar um ponto de equilíbrio de responsabilidade que resulte em flexibilidade, suporte, feedback e, também, controle sobre a distribuição de recursos para atingir os resultados propostos. Dessa forma, os implementadores necessitam de capacidade na arte da política e de entendimento do contexto político da implementação. Para tanto, a autora propõe dois modelos: o de escolhas críticas no processo de implementação e o de fases e condicionantes da implementação. No primeiro modelo reforçam-se as decisões tomadas na fase de formulação das políticas públicas, que influenciam as estratégias de implementação destas. Na fase de definição das estratégias de implementação, são tomadas novas decisões, que influenciam a liberação dos programas e políticas. Por fim, quando se definem os beneficiários da implementação da política pública, novamente, são tomadas decisões quanto à alocação de recursos, com

consequências para a sociedade e para os indivíduos (sendo que estas escolhas são condicionadas pelo contexto político-administrativo). Já o segundo modelo proposto, objetiva condensar a etapa da implementação, relacionando conteúdos da política, contexto da implementação e resultados (Viana, 1996).

Terminando a descrição das etapas do *policy cycle*, cumpre abordar a etapa da avaliação, onde vários autores contribuem com uma definição e explanação (Hogwood e Gunn, 1984; Viana, 1996; Frey, 2000; Leite *et al*, 2006; Saravia, 2006; Souza, 2006; Walt *et al*, 2007, entre outros). Neste sentido, em suma, a fase da avaliação de políticas públicas consiste em perceber, *a posteriori*, os resultados efetivos destas na sociedade, indagando-se acerca dos *deficits* de impacto e os efeitos colaterais indesejados para poder deduzir consequências para ações e programas futuros. A avaliação é fundamental para o desenvolvimento e adequação frequente dos instrumentos e meios de ação pública, contribuindo, assim, para a “aprendizagem política” proposta por Prittwitz (1994, citado em Frey, 2000).

Também Knoepfel (2011) propõe uma estrutura para o *policy cycle*, que parece contemplar os aspectos propostos pelos demais autores, mas de modo mais conciso e esclarecedor. Assim, de forma sucinta pode-se afirmar que o autor divide o ciclo das políticas públicas em cinco etapas: i) o problema, onde a questão fundamental de análise é perceber como é que este surge na atenção pública; ii) o agendamento, para se perceber todos os fatores políticos envolvidos na busca por uma resposta ao problema; iii) a formulação, fase em que devem ser reveladas as discussões e propostas para a solução do problema, bem como eventuais soluções alternativas que poderiam ser implementadas; iv) a concretização, explicando-se de que forma as decisões formuladas acerca do problema foram concretizadas; e v) a avaliação, pois no processo de análise das políticas públicas a avaliação deve responder a quais foram os efeitos e impactos na implementação da política pública estudada. Esta etapa passa pela atribuição de critérios avaliativos e pela percepção das mudanças em função da política pública. Muitas vezes a avaliação passa também pelo processo de comparação e evolução nos períodos imediatamente antes e a seguir à implementação da política pública.

O próprio modelo heurístico é bastante esquemático e muitas vezes a dinâmica das políticas públicas não acompanha fielmente as diferentes etapas previstas. Na prática, muitas vezes a execução das políticas ocorre de modo improvisado e desorganizado, como propõem Leite *et al* (2006) e Walt *et al* (2008), pois a separação das políticas públicas por etapas não é estanque, mas revela-se uma ferramenta útil para a sua compreensão – visto que, geralmente, todas as etapas estão presentes (Sabatier, 1999; Saravia, 2006).

Considerando que a presente tese pretende realizar estudos de caso orientados, numa perspectiva comparada, serão esclarecidas, *a posteriori*, nos estudos de caso as especificidades na etapa de implementação das políticas públicas de enfrentamento ao HIV/AIDS do Brasil e de Portugal, entre 2001 e 2010.

Consideram-se importantes as contribuições de diferentes teóricos acerca, sobretudo, da etapa de implementação, pois objetiva-se perceber durante esta tese, quais foram as principais diferenças na implementação da políticas públicas de enfrentamento ao HIV/AIDS daqueles países que levaram a que em dez anos os mesmos apresentassem tendências distintas nas taxas estimadas de prevalência ao HIV na população adulta, tal qual propõe Frey (2000). Para o autor, o *policy cycle* oferece uma referência para a análise do processo nas políticas públicas, pois atribui funções às diferentes etapas, obtendo-se pontos de referência (através da comparação dos processos reais com os idealizados) que revelam indícios de possíveis causas dos sucessos e insucessos do processo.

Segundo dados da UNAIDS (2012), entre os anos de 2001 e 2011, a prevalência estimada do HIV na população adulta brasileira (dos 15 aos 49 anos) diminuiu de 0,4% para 0,3%. Em Portugal, para o mesmo período, a prevalência estimada do HIV na população adulta portuguesa aumentou de 0,6% para 0,7%. Em dez anos, o Brasil viu a proporção de pessoas adultas a viverem com HIV diminuir em relação à população em geral, enquanto em Portugal a proporção de pessoas adultas a viverem com HIV aumentou. O que explica esta diferença?

Será, deste modo, através de uma análise comparativa, com ênfase na etapa da implementação, a partir do modelo de análise meso *policy cycle* – das políticas públicas de enfrentamento ao HIV/AIDS no Brasil e em Portugal, entre 2001 e 2010 (período proposto de acordo com as metas e prazos definidos na UNGASS), que se pretende explicar as diferenças percebidas entre os países em análise, procurando perceber também como é que as políticas podem influenciar as distintas taxas estimadas de prevalência ao HIV/AIDS na população adulta destes países, sob a ótica do neoinstitucionalismo.

De acordo com Almeida (1999: 263) “ (...) os sistemas de saúde são complexos por definição e extremamente variados, profundamente inseridos na realidade concreta de cada sociedade”. Por isso, o mesmo autor refere que “(...) não é fácil delinear conclusões definitivas e universais, passíveis de transposições mecânicas” (idem: 264). Esclarece-se, neste sentido, que não é pretensão da presente tese esgotar o debate acerca das políticas públicas de enfrentamento do HIV/AIDS apenas pela análise aqui proposta. O que se pretende nos próximos capítulos é, por um lado, analisar o caso do Brasil e de Portugal em matéria de combate ao HIV/AIDS, dando ênfase à etapa da implementação proposta pelo modelo do *policy cycle* – pois conforme exposto anteriormente, os processos envolvidos na

implementação, a maneira como a tomada de decisão é realizada, o contexto político, os conteúdos das políticas são fundamentais para perceber o sucesso e insucesso das políticas públicas (Frey, 2000). Por outro lado, procura-se contribuir para a construção de conhecimento na área da implementação de políticas públicas, percebendo também, sob a ótica neoinstitucionalista, como é que os PNA lidam com a pressão internacional, proveniente das Metas da UNGASS, e com a pressão interna, proveniente da ação da sociedade civil organizada, representada por grupos de interesse institucionalmente constituídos (ONG que trabalham com a temática HIV/AIDS), objetivando melhores resultados para as respetivas políticas públicas de combate do HIV/AIDS, no Brasil e em Portugal, entre 2001 e 2010.

Lembrando que, segundo Frey (2000) e Sampaio e Araújo Jr (2006), na análise de políticas públicas uma prática frequente é a distinção entre variáveis dependentes e independentes, para alcançar esse objetivo, os dois capítulos seguintes apresentarão, respetivamente, as hipóteses e a fundamentação teórica acerca das variáveis independentes (PNA constituídos, influência internacional das Metas da UNGASS e grupos de interesse institucionalmente constituídos, como é o caso das ONG/AIDS); e, a seguir, como se comporta a variável dependente (taxa estimada da prevalência do HIV/AIDS na população adulta), em ambos os países em análise, considerando os respetivos relatórios nacionais de vigilância epidemiológica.

CAPÍTULO II – INFLUÊNCIA INTERNACIONAL DAS METAS DA UNGASS, DAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL E DOS PROGRAMAS NACIONAIS DE COMBATE AO HIV/AIDS

Para responder à questão norteadora da presente tese, nomeadamente como é que em países sujeitos à mesma influência internacional oriunda das Metas da UNGASS, com Programas Nacionais de combate ao HIV/AIDS – PNA – implementados e com grupos de interesse institucionalmente constituídos, representados pelas ONG que trabalham com a temática HIV/AIDS – ONG/AIDS – apresentam tendências distintas na taxa estimada de prevalência do HIV na população adulta, é necessário analisar as variáveis independentes propostas nesta questão. Ou seja, é de extrema importância perceber como é que a influência internacional das Metas da UNGASS (originárias na 26ª Sessão Extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas), e as instituições da sociedade civil organizada, representadas pelos grupos de interesse institucionalmente constituídos, ou seja, neste caso as ONG/AIDS, têm influência na implementação das políticas públicas realizadas através dos PNA no Brasil e em Portugal, entre 2001 e 2010. Para tanto, serão apresentadas algumas considerações teóricas e hipóteses que podem contribuir para perceber as diferenças nos referidos países.

Assim, para notar-se a importância da análise comparativa da etapa da implementação de políticas públicas de enfrentamento ao HIV/AIDS em distintos países, é necessário conhecer, como propõe Grindle (1981), o conteúdo da política, o contexto político da implementação e o espaço administrativo. Por isso, o presente capítulo apresentará as diretrizes da OMS, através do UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS) e das Metas da UNGASS. Desta forma, observam-se alguns dos aspetos fundamentais do conteúdo das políticas públicas de enfrentamento ao HIV/AIDS, entre 2001 e 2010, tal como proposto por organizações internacionais, e como os mesmos podem influenciar a implementação das políticas públicas domésticas. Também se reconhece ser necessário abordar a importância e relevância dos grupos de interesse no processo de implementação destas políticas públicas, propondo, assim, hipóteses acerca da postura, valores e ações de determinado setor da sociedade civil organizada, aqui representados por instituições e organizações que trabalham com pessoas que vivem e/ou convivem com HIV/AIDS, nos países em análise. E é ainda necessário conhecer os PNA, enquanto instituições do Estado responsáveis por esta temática, nos países em exame, e as possíveis diferenças que estes apresentam do ponto de vista dos princípios na implementação.

2.1. Políticas públicas internacionais de enfrentamento ao HIV/AIDS

Segundo Ribeiro e Sacramento (2014) em finais da década de 1970, em vésperas da emergência epidemiológica da infeção por HIV, assumia-se com relativo conforto que a luta contra as doenças infecciosas estava praticamente ganha. Apesar dos avanços científicos notórios, no terreno, isto é, nos contextos concretos em que se pode fazer a diferença entre a vida e a morte, havia ainda milhões de pessoas, muito em especial nos países menos desenvolvidos, que pouco ou nada beneficiavam desse alegado triunfo científico. Com o aparecimento do HIV/AIDS, esta ordem mundial em termos de saúde é, de certo modo, abalada, como destaca Bastos (2002: 21): "(...) ao aproximar desenvolvidos e subdesenvolvidos, centros e periferias, primeiro e terceiro mundos, unificando o globo num problema de saúde comum, a AIDS subverteu a clivagem binária do sistema de saúde mundial". Esta unificação, incompleta e transitória, não implicou, todavia, o desaparecimento das "velhas desigualdades" socioeconómicas e políticas, nomeadamente entre a África subsahariana e a Europa e os EUA, que acabam por ter um peso decisivo na configuração do grau de vulnerabilidade face ao HIV (Parker e Camargo, 2000) e na capacidade e eficácia das respostas públicas às doenças (Heimer 2007).

Embora a AIDS tenha provocado um forte impacto na opinião pública mundial, constituindo-se como uma espécie de "arquétipo de todas as doenças temidas" (Doka, 1997: xiv), as medidas de combate à epidemia tardaram em implementar-se e em dar resultados significativos. No entender de Mane e Aggleton (2001), esta lentidão inicial nas respostas ao problema compreende-se se tivermos em consideração o ceticismo e a negação mais ou menos generalizada face à AIDS em que pareceram incorrer políticos, governos e o público em geral. Os casos dos governos conservadores de Ronald Reagan, nos EUA, e de Margaret Thatcher, no Reino Unido, preocupados em reduzir as competências e a esfera de ação social do Estado (Pierson, 1994), são um bom exemplo deste torpor inicial, nomeadamente na falta de apoio à produção de conhecimento sociológico sobre a nova epidemia (Meter, 2001) que de algum modo pudesse estimular e sustentar as necessárias estratégias de intervenção. O sentimento de urgência parece ter-se acentuado sobretudo quando o olhar mudou definitivamente de escala: deixou de estar focalizado na América do Norte (o contexto em que foram diagnosticados os primeiros casos de AIDS) e passou a contemplar a dimensão global da epidemia (Maticka-Tyndale, 2001: 16), marcada por uma progressão inicial muito rápida.

Com a perceção generalizada de que se estava perante uma doença sem fronteiras em acelerada disseminação, mudou a filosofia de organização das entidades nacionais e internacionais na construção de respostas para a doença, ao reconhecerem que as ameaças à saúde não podem mais ser contidas através do isolamento das áreas atingidas, uma vez

que as pessoas, e com elas os micróbios e os vírus, viajam facilmente entre os diferentes países (Heimer, 2007: 555). Enquanto problema de saúde global, desde finais dos anos 80 do século passado, a AIDS passou a ser, progressivamente, objeto de respostas políticas e socio-sanitárias com uma considerável capacidade de articulação internacional. Estas originaram dispositivos capazes de compreenderem e interpretar a sua difusão à escala regional, criando-se, assim, condições para uma gestão mais eficaz e com melhores resultados das estratégias e dos recursos direcionados para a prevenção e para o acompanhamento médico e social da epidemia (Ribeiro e Sacramento, 2014:234).

Deste modo, pode-se afirmar que desde o início da década de 1980 o HIV/AIDS tem representado uma causa de extrema relevância em relação à doença e à morte em todo o mundo, atingindo sobremaneira adultos e jovens, e influenciando o desenvolvimento sociodemográfico de todo o mundo (Ministério da Saúde, 2007 e 2011). É importante notar que a AIDS é uma epidemia de relevância mundial (Doka, 1997; UNAIDS, 2001; Brandt, 2013, Ribeiro e Sacramento, 2014), e uma das prioridades da ajuda bilateral e multilateral ao desenvolvimento (Crisóstomo, 2009) pois atualmente vivem aproximadamente 34 milhões de pessoas com o HIV (UNAIDS, 2012), sendo que apenas em 2007 foram infetadas 2,5 milhões de pessoas e no mesmo ano morreram 2,1 milhões (UNAIDS, 2007). Nota-se também que a cooperação internacional, através de financiamento, troca de experiências bem-sucedidas, monitorização e avaliação de programas é fundamental para combater o avanço da epidemia e para tentar aumentar a sobrevivência das pessoas que vivem com HIV e AIDS (UNAIDS, 2001).

Hoje, cada vez mais pessoas vivem com o HIV, principalmente devido ao maior acesso ao tratamento. No final de 2010, um número estimado de 34 milhões de pessoas viviam com HIV em todo o mundo, destas, 17% a partir de 2001. Estes dados refletem o grande número contínuo de novas infeções pelo HIV e uma expansão significativa de acesso à Terapia Antirretroviral (TARV), o que ajudou a reduzir as mortes relacionadas com a AIDS, especialmente em anos mais recentes (UNAIDS, 2011).

As estratégias de enfrentamento ao HIV/AIDS realizadas em todo o mundo, exigem a atenção de todos os setores públicos (Guanieri e Hollander, 2006) e muitas vezes são desenvolvidas através das orientações da ONU. Estas caracterizam-se assim como políticas públicas pois, como sugere Thoeing (1985), reúnem os seguintes elementos: "(...) um conjunto de medidas concretas; decisões ou formas de alocação de recursos; inserida num quadro geral de ação; com público-alvo; metas e objetivos definidos a serem atingidos, definidos em função de normas e valores". Além disto, segundo Sampaio e Araújo Jr (2006: 340) a AIDS vem se destacando na agenda política pelo volume de recursos que são disponibilizados e que tem como principal financiador o Banco Mundial (BM). O BM tem uma

atuação tão expressiva na definição das políticas públicas referentes à AIDS que possibilitaria a realização de um estudo específico. Não apenas no Brasil, mas em todo o mundo, esse tem financiado diversas intervenções e imprimindo suas diretrizes e prerrogativas, que são mais ou menos implementadas pelos diversos Estados de acordo com seus contextos sociopolíticos.

Segundo Vila (1999: 23), é necessário, então, perceber o conceito de influência e determinar seu meio específico. Os atores estatais no plano internacional servem-se de meios violentos (coerção) e não-violentos (consenso) para ter sucesso nos desejos exprimidos por suas vontades. Dessa forma, a existência da coação, condição necessária embora não suficiente do poder político, representa a diferença entre poder e influência: um ator tem poder de mando, em última instância, na medida em que controla a coerção física; quando carece desta, mas se vale de meios consensuais para conseguir o objetivo de encontrar obediência nas vontades alheias, tem influência.

Mas Mattos (2008) destaca que as agências internacionais têm-se dedicado cada vez mais à oferta de ideias sobre quais seriam as políticas mais adequadas aos países em desenvolvimento (como é o caso das Metas da UNGASS) e esta oferta de ideias pode ser compreendida no contexto da dinâmica de competição/cooperação entre os membros daquela comunidade. Segundo este autor, os países que dependem de maiores fundos das agências internacionais financeiras tentem a adotar postura mais colaborativa do que os outros.

Entretanto, no que diz respeito ao diálogo entre diversas agências da comunidade internacional, pode-se dizer que ele integra o diálogo político que visa estabelecer consensos no interior dessa comunidade, acerca de quais iniciativas, projetos e políticos devem ser apoiados. O consenso, nessa comunidade, sobre algumas propostas de política que os governos dos países em desenvolvimento deveriam adotar, abre uma série de perspectivas. Ele permite regular diretamente, pela coordenação entre diversas agências, os destinos do fluxo de recursos intermediados por essa comunidade; permite ainda oferecer aos mercados privados avaliações sobre os desempenhos dos governos que se candidatam a captar recursos privados. Dessa forma, as agências asseguram a sua participação na sustentação da ordem mundial. Além disso, o consenso parece oferecer um patamar mais sólido para as decisões de alocação de recursos que são confiados à comunidade internacional, pois indicaria o zelo pelo bom uso destes, essencial para reforçar a crença sobre a importância dessa ajuda junto aos governos que dão sustentação a esta comunidade. Mas o consenso serve também para afirmar a proeminência da organização que elaborou as propostas em torno das quais se deu o consenso. Desse modo, ele se inscreve na dinâmica de competição e cooperação que existe entre doadores e agências internacionais. As diversas agências

internacionais, contudo, engajaram-se diferentemente na oferta de ideias. Se é fato que praticamente todas elaboram documentos anuais que abordam aspectos do desenvolvimento, e a maioria dispõe de sistemas de monitoração dos aspectos de desenvolvimento mais caros à sua forma de atuação específica, as condições para a realização das tarefas de pesquisa e análise dos temas, bem como de produção desses documentos, são bastante distintas (Mattos, 2001: 382)

Assim a OMS é a agência especializada das Nações Unidas para a saúde. Concebida para oferecer cooperação técnica entre os países-membros, ela se engaja em um grande número de iniciativas de enfrentamento de problemas de saúde, bem como de iniciativas voltadas ao aperfeiçoamento dos sistemas de saúde. Para tal, a OMS conta com recursos de duas fontes: os recursos orçamentários das Nações Unidas e os extraorçamentais, oriundos de doações voluntárias de países-membros a projetos específicos.

Diante disto, nota-se a importância de se conhecer a agenda proposta pela OMS aos estados membros da ONU e, mais especificamente, as áreas prioritárias do UNAIDS, pois estas questões são prioritárias para se entender: i) o conteúdo das políticas de enfrentamento ao HIV/AIDS a nível mundial; e ii) a atuação dos Estados do Brasil e de Portugal diante desta mesma influência internacional e na implementação dos PNA. Estes conhecimentos permitirão, por sua vez, analisar com maior detalhe as tendências distintas na taxa de prevalência do HIV/AIDS naqueles países, entre 2001 e 2010, na população adulta.

Deste modo, deve-se saber que a OMS é a autoridade da ONU que nasce para dirigir e coordenar a saúde dentro deste sistema. Quando, em 1945, nasce a ONU, uma das principais questões discutidas foi a criação de uma organização de saúde global, a qual é constituída em 7 de abril de 1948, data em que atualmente se comemora o Dia Internacional da Saúde. Assim, a OMS passa a ser responsável por prover liderança em assuntos de saúde global, moldando a agenda de pesquisa em saúde, estabelecendo normas e padrões, articulando opções políticas baseadas em evidências, fornecendo apoio técnico aos países e acompanhando e avaliando as tendências de saúde (Chan, 2007).

A OMS cumpre as suas funções na saúde pública internacional através dos seguintes objetivos:

- Promover liderança em questões críticas para a saúde e se engajar em parcerias onde a ação comum é necessária;
- Definir a agenda de pesquisa e estimular a construção, tradução e divulgação de conhecimentos valiosos;
- Estabelecer normas e padrões, promovendo-os e acompanhando sua execução;
- Articular opções políticas e éticas de base factual;

- Prestar apoio técnico, catalisando mudanças e fortalecendo a capacidade institucional sustentável; e
- Monitorizar a situação de saúde e avaliar as tendências de saúde.

Estas funções básicas constam no 11º Programa Geral de Trabalho, que fornece a estrutura para toda a organização do programa de trabalho, orçamento, recursos e resultados da OMS.

A agenda da OMS, segundo a Dra. Margaret Chan (2007), Diretora Geral desta instituição, opera num cenário cada vez mais complexo e em rápida mudança. Os limites da ação da saúde pública tornaram-se confusos, estendendo-se para outros sectores que influenciam as oportunidades de saúde e seus resultados. A OMS responde a estes desafios através de uma agenda de cinco pontos:

1) Promover o desenvolvimento

Durante a última década, a saúde tem alcançado destaque sem precedentes como o principal motor do progresso socioeconómico e cada vez mais recursos estão a ser investidos em saúde. No entanto, a pobreza continua a contribuir para a saúde também pobre e âncoras de saúde pobres geram grandes populações em situação de pobreza. O desenvolvimento da saúde é dirigido pelo princípio ético da igualdade: o acesso aos cuidados primários de saúde ou às intervenções de promoção da saúde não devem ser negados por razões injustas, incluindo aqueles com raízes económicas ou sociais. O compromisso com este princípio assegura que a OMS desenvolva atividades voltadas para o desenvolvimento da saúde dando prioridade aos resultados de saúde em grupos pobres, desfavorecidos ou vulneráveis. A efetivação do Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, a prevenção e tratamento de doenças crónicas e o tratamento das doenças tropicais negligenciadas são os pilares da saúde e da agenda de desenvolvimento.

2) Promover a segurança sanitária

A vulnerabilidade compartilhada com ameaças de segurança sanitária exige uma ação coletiva. Uma das maiores ameaças à segurança sanitária internacional surge a partir de surtos de doenças emergentes e com potencial epidémico. Tais surtos estão a ocorrer em número crescente, impulsionados por fatores como a rápida urbanização, a má gestão ambiental, a forma como os alimentos são produzidos e comercializados, e a forma como os antibióticos são usados e mesmo abusados. A capacidade do mundo para se defender

coletivamente contra surtos foi reforçada desde junho de 2007, quando a revisão das Regulamentações Internacionais de saúde entrou em vigor. Reforço dos sistemas de saúde, ou seja, para a melhoria da saúde funcionar como uma estratégia de redução da pobreza, os serviços de saúde devem atingir justamente as populações pobres e carentes. Os sistemas de saúde em muitas partes do mundo são incapazes de fazê-lo, tornando o fortalecimento dos sistemas de saúde de alta prioridade para a OMS. A Organização tem intervindo em áreas como o fornecimento de um número suficiente de pessoal adequadamente treinado, financiamento suficiente, sistemas adequados de recolha de estatísticas vitais e acesso à tecnologia adequada, incluindo medicamentos essenciais.

3) Aproveitar a pesquisa, informações e provas

A evidência fornece a base para a definição de prioridades, de estratégias e mensuração de resultados. A OMS gera informações de saúde autorizadas, em consulta com os principais especialistas, para definir normas e padrões, articular opções políticas baseadas em evidências e monitorizar a evolução da situação de saúde global.

4) O reforço das parcerias

A OMS realiza o seu trabalho com o apoio e colaboração de diversos parceiros, incluindo agências das Nações Unidas e outras organizações internacionais, doadores, sociedade civil e do setor privado. A OMS tem o poder estratégico de provar para encorajar os parceiros pela execução dos programas nos países para alinhar suas atividades com as melhores orientações técnicas e práticas, bem como com as prioridades estabelecidas pelos países.

5) Melhorar o desempenho

A OMS participa em reformas em curso destinadas a melhorar a sua eficiência e eficácia, tanto a nível internacional, quanto dentro dos países. A OMS tem como objetivo garantir que o seu mais forte trunfo – o seu pessoal – trabalha num ambiente motivador e recompensador. A Organização também planeia o seu orçamento e as atividades por meio de gestão baseada em resultados, com evidentes resultados esperados para medir o desempenho a nível nacional, regional e internacional.

No século XXI, a saúde é uma responsabilidade partilhada, envolvendo o acesso equitativo aos cuidados essenciais e defesa coletiva contra as ameaças transnacionais (Chan, 2007).

Assim, a OMS desempenhou um papel fundamental enquanto instituição impulsionadora e coordenadora da ação global contra o HIV/AIDS, potenciando e difundindo as estratégias iniciais do ativismo pioneiro norte-americano, promovendo a articulação entre diferentes instituições transnacionais e nacionais, canalizando recursos para programas nacionais de abordagem da epidemia e apoiando diretamente a criação de organismos locais de base comunitária (Bastos 2002: 75-101). Como apontam Ribeiro e Sacramento (2014:234) esta densa e ampla conectividade organizacional na abordagem da enfermidade começou a ganhar forma em 1987 com a estratégia global para a AIDS, a que se seguiu, dois anos depois, o Programa Global da AIDS (GPA). Este programa estabeleceu como grandes prioridades a sensibilização dos governos para a instauração de PNA, a difusão generalizada de diretivas sobre boas práticas sanitárias (por exemplo, a utilização do preservativo), o apoio aos países com sistemas de saúde mais débeis e o incentivo ao envolvimento direto dos seropositivos nos movimentos ativistas (Bastos 2002: 97-99).

Deste modo, afirma-se que as ações de controlo da epidemia do HIV perpassam a agenda das agências do sistema da ONU, constituindo-se um dos seus temas mais importantes. Tendo em vista que o tema do HIV/AIDS é transversal a várias áreas de conhecimento e de atuação (por exemplo saúde, educação e governança) a gestão das estratégias e das intervenções para o controle da epidemia também gerou mecanismos interinstitucionais e intersectoriais que promovem a redução de novas infeções e produzem efeitos benéficos na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV (UNAIDS Brasil, 2010).

Para Sacramento e Ribeiro (2014: 234-235) a necessidade de uma maior articulação sistémica interna da ONU, para desenvolver uma estratégia global integrada no combate à AIDS, levou a que em 1996 o GPA, instituição exclusivamente circunscrita à esfera da OMS, fosse substituído pelo UNAIDS, com sede em Genebra, na Suíça. Os objetivos subjacentes à criação deste programa foram “ajudar os países a fortalecerem a sua capacidade para enfrentar o HIV/AIDS a longo prazo; proporcionar liderança e uma assistência mais sistemática e melhor coordenada sobre o HIV/AIDS aos países através das agências das Nações Unidas” (UNAIDS, 2005: 5). O programa é administrado por um conselho de coordenação – que integra representantes de mais de duas dezenas de governos de todo o mundo, representantes das suas organizações co-patrocinadoras e cinco representantes de ONG – contando com assessores de PNA em mais de cinquenta países e com equipas multidisciplinares internacionais em várias regiões do globo. Esta nova entidade global tem

vindo a assegurar a transversalidade necessária para a implementação de estratégias multi-sectoriais, mais consistentes e de maior alcance internacional, procurando dar conta das especificidades da infeção nas diferentes regiões do mundo. Se ela é, como afirmou-se, global, a sua dimensão, nomeadamente em termos de número de pessoas infectadas, e seus impactos sociais e económicos variam de forma muito significativa, atingindo com particular severidade quase todo o continente africano (idem).

Deste modo nasce o UNAIDS, enquanto parceria inovadora que encoraja, mobiliza e apoia os países para alcançar o acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados no que concerne ao HIV. Sendo que o trabalho do UNAIDS (UNAIDS Brasil, 2010) estrutura-se a partir de dez áreas prioritárias:

1. Redução da transmissão sexual do HIV;
2. Prevenção da morte de mães e da infeção de bebés pelo HIV;
3. Garantia de que as pessoas a viver com HIV recebem tratamento;
4. Prevenção para que pessoas a viver com HIV não morram de tuberculose;
5. Proteção dos utilizadores de drogas da infeção pelo HIV;
6. Empowerment aos HSH, profissionais do sexo e populações transgéneros (travestis e transexuais) para se protegerem contra a infeção pelo HIV e a ter pleno acesso aos ARV;
7. Promoção do fim de leis punitivas, políticas, práticas, estigma e discriminação que obstruem uma resposta efetiva à AIDS;
8. Promoção do fim da violência contra mulheres e meninas;
9. *Empowerment* aos jovens para que se protejam contra o HIV;
10. Incremento da proteção social de pessoas afetadas pelo HIV;

Entretanto, reforça-se que para alcançar o acesso universal à prevenção, tratamento, atenção e apoio ao HIV será necessário responder a todas e a cada uma destas áreas prioritárias de maneira ampla, pela mobilização de parcerias e tendo os direitos humanos como princípios a serem seguidos, tal como proposto em 2001, na 26ª Sessão Extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNAIDS Brasil, 2010).

2.1.1. 26ª Assembleia Geral Extraordinária das Nações Unidas – As Metas da UNGASS

Numa tentativa global de diminuir o impacto da AIDS, a sua propagação e monitorizar os programas relacionados com HIV e AIDS em diversos países, os representantes de 190 nações membros da ONU reuniram-se em 2001, em Nova Iorque, numa Assembleia Geral Extraordinária e formularam as metas para o HIV e AIDS. Aprovando, assim, a Resolução

A/RES/S-26/2, no dia 27 de junho, documento conhecido como Metas da UNGASS (UNAIDS, 2001).

A Resolução originou a publicação da “Declaração de Compromisso sobre o HIV/AIDS” (UNAIDS, 2001), com 103 aspetos a serem seguidos na orientação, formulação, implementação, monitorização e avaliação de políticas públicas para o HIV/AIDS entre os Estados membros das Nações Unidas.

Nesta Declaração de Compromissos são apresentados primeiramente 36 pontos que forçam a importância desta Resolução. Numa análise breve, percebe-se que os 5 primeiros pontos reforçam a atual situação da AIDS no mundo.

No ponto 6, lembram-se outros compromissos já assumidos referentes ao HIV/AIDS:

- A Declaração do Milénio, aprovada pelas Nações Unidas a 8 de setembro de 2000;
- A Declaração Política e as Novas Medidas e Iniciativas para o Cumprimento dos Compromissos acordados na Cimeira Mundial sobre o Desenvolvimento Social, de 1 de julho de 2000;
- A Declaração Política e as Novas Medidas e Iniciativas para a Aplicação da Declaração e a Plataforma de Ação de Pequim, de 10 de junho de 2000;
- As Medidas Fundamentais para o Prosseguimento da Aplicação do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, de 2 de julho de 1995;
- O incitamento regional à adoção de medidas para lutar contra o HIV/AIDS na Ásia e no Pacífico, de 25 de abril de 2001;
- A Declaração e o Quadro de Ação de Abuja para a Luta contra o HIV/AIDS, a Tuberculose e outras Doenças Infeciosas conexas em África, de 27 de abril de 2001;
- A Declaração da Cimeira Ibero-Americana de Chefes de Estado, de novembro de 2000, no Panamá;
- A Parceria Caraíba contra o HIV/AIDS, de 14 de fevereiro de 2001;
- O Programa de Ação da União Europeia: adoção acelerada de medidas no domínio do HIV/AIDS, da malária e da tuberculose no contexto da redução da pobreza, de 14 de maio de 2001;
- A Declaração do Mar Báltico sobre a Prevenção do HIV/AIDS, de 4 de maio de 2000; e
- A Declaração da Ásia Central sobre o HIV/AIDS, de 18 de maio de 2001;

Entre os pontos 7 e 14 são abordados os 20 anos de experiência, os avanços da doença, os demais fatores envolvidos tais como conflitos, estigma, preconceito, gênero e outros. O 15º ponto trata do acesso ao medicamento, como fundamental e o 16º trata dos Direitos Humanos envolvidos.

Entre o 17º e o 20º pontos afirma-se que a prevenção da infecção pelo HIV deve constituir o esteio da resposta nacional, regional e internacional à epidemia e que a prevenção, cuidados, apoio e tratamento dos infetados e afetados pelo HIV/AIDS são elementos inseparáveis de uma resposta eficaz, reforçam-se mutuamente e devem ser integrados num esforço amplo de combate à epidemia.

Nas considerações 21 à 25 são apresentadas dificuldades a serem superadas e nos pontos 26 e 27 observam-se algumas potencialidades já demonstradas: indústrias eficazes e de acordo com a Lei internacional, sociedade civil organizada, etc..

Entre os pontos 28 e 33 são apresentadas considerações acerca dos recursos que eram insuficientes. Já no item 34, reforça-se o papel de alguns atores, como os indivíduos, as famílias, as comunidades, as pessoas vivendo com HIV/AIDS, e a sua importância na construção e consolidação de políticas públicas em AIDS.

Por fim o 35º ponto faz louvor ao UNAIDS e ao seu papel fundamental na implementação das metas a seguir previstas, bem como da capacidade e importância do trabalho envolvendo todos os atores; no último ponto desta introdução às Metas da UNGASS os signatários declaram solenemente o compromisso de enfrentar o HIV/AIDS adotando as 67 metas propostas.

Assim, apresentam-se as metas a serem tomadas pelos Estados membros, divididas em áreas prioritárias:

Na área da Liderança são apresentadas metas a nível nacional, regional (de colaboração entre países numa zona geográfica específica) e mundial. As medidas 37 (criar programas nacionais, como já havia no Brasil e em Portugal) e 38 (garantir recursos dos próprios Estados-membros para a AIDS) referem-se a metas ao nível nacional, até 2003. A nível regional e sub-regional, as medidas 39 à 43 falam da importância de criar, reforçar e apoiar as redes de trabalho transnacionais na luta contra a AIDS. E a nível mundial, da 44 à 46, apresentam-se metas para a própria instituição global, ou seja, da competência do UNAIDS.

Na área da Prevenção (considerada pela UNGASS como “norma” para a resposta efetiva à epidemia) são apresentadas metas específicas para a diminuição de novos casos de HIV/AIDS em 25% até 2010, como apontado na meta 47. A partir desta, até a meta 52, fala-se de outras metas de prevenção através de ações necessárias específicas. A meta 53, para 2010, pretendia que 95% dos jovens entre os 15 e 24 anos tivessem acesso a IEC

(Informação, Educação e Comunicação), prevenção, saúde e preservativo. A meta 54 pretendia reduzir em 50% a transmissão vertical, até 2010, garantindo que 80% tivessem acesso a cuidados pré-natais.

Na área dos Cuidados, Apoio e Tratamento (considerados pela UNGASS fundamentais para uma resposta eficaz) a meta 55 pretende colaboração internacional até 2003, a meta 56 visa implementar estratégias amplas de apoio ao HIV/AIDS, e a meta 57 reforça a importância de criar estratégias nacionais até 2003 de apoio psicossocial.

Os Direitos Humanos também são considerados uma área prioritária pela UNGASS, pois a realização dos direitos humanos e das liberdades fundamentais para todos é essencial para reduzir a vulnerabilidade ao HIV/AIDS. O respeito pelos direitos das pessoas que vivem com o HIV/AIDS impulsiona uma resposta eficaz. Por isso, na meta 58 pretende-se regulamentos contra a discriminação, e na meta 59 procura-se a promoção dos direitos da mulher para diminuir a vulnerabilidade, ambas metas até 2005. A meta 60 reforça que devem ser criados meios de prevenção às mulheres: conhecimento, acesso à saúde, entre outros, e a meta 61 pretende que os Estados membros regulamentem o apoio e a prevenção do HIV/AIDS nas mulheres.

Outra área prioritária é Reduzir a Vulnerabilidade, por isto, pretendia-se, para 2003, na meta 62, criar estratégias nacionais para identificar fatores de vulnerabilidade, na meta 63 reforçar a importância da família e criar apoio a esta, e na meta 64 solicitar a criação de projetos específicos para populações mais vulneráveis.

As Crianças e órfãos e que se encontram vulneráveis pela AIDS constitui outra das áreas prioritárias, pelo que na meta 65 se pretendia criar (até 2003) e implementar (até 2005) políticas públicas de apoio a estas pessoas. A meta 66 queria garantir gozo pleno dos Direitos Humanos para as pessoas que vivem com HIV/AIDS. E a meta 67 reforça a ajuda Norte-Sul para as crianças da África Subsaariana.

Na área para Atenuar o impacto social e económico do HIV/AIDS, a meta 68 pretende avaliar o impacto social da AIDS e a meta 69 visa garantir um enquadramento legal que proteja pessoas que vivem com HIV/AIDS no trabalho.

Em relação à Investigação e Desenvolvimento as Metas são: meta 70 – aumentar investimento e acelerar a investigação; meta 71 – criar estruturas nacionais de investigação; meta 72 – criar métodos de vigilância epidemiológica e clínica; meta 73 – fomentar intercâmbios de tecnologias; e meta 74 – garantir a avaliação das investigações por comités independentes de ética.

Para a área prioritária do HIV em regiões de conflito e catástrofes naturais as Metas da UNGASS apontam que: meta 75 – incluir a temática HIV nas intervenções neste territórios; meta 76 – capacitar os profissionais que fazem intervenção nestes territórios; meta

77 – incluir as forças armadas e defesa civil na prevenção e combate da epidemia; e meta 78 – inserir questões de género na formação aos que trabalham nas zonas de conflito e catástrofes.

Em relação aos Recursos, as metas estabelecidas foram: meta 79 – garantir que os recursos fornecidos para a resposta mundial para combater o HIV/AIDS sejam substanciais, sustentados e encaminhados para a obtenção de resultados; e meta 80 – até 2005, e através de uma série de passos graduais, atingir um objetivo global de gastos anuais destinados à epidemia de 7 000 a 10 000 milhões de dólares nos países de rendimentos baixos e médios, bem como nos países em que o HIV se esteja a propagar rapidamente ou exista o risco de tal acontecer, no domínio da prevenção, cuidados, tratamento, apoio e mitigação do impacto do HIV/AIDS. Esta meta refere igualmente a necessidade de tomar medidas para garantir que sejam disponibilizados os recursos necessários, em especial, provenientes de países doadores e também dos orçamentos nacionais, tendo em conta que os recursos dos países mais afetados são extremamente reduzidos.

Também são apontados em relação aos Recursos as metas 81 – sempre que possível realizar doações para este fim nos países em desenvolvimento; 82 – aumentar e priorizar o orçamento para a AIDS; 83 – exortar os países desenvolvidos que ainda não o fizeram e tentar atingir as metas de 0,7% do seu Produto Nacional Bruto para a ajuda pública ao desenvolvimento; 84 – reforçar com recursos internacionais as iniciativas nacionais nas zonas mais afetadas pela epidemia; 85 – inserir medidas de combate ao HIV/AIDS nos programas de ajuda para o desenvolvimento e erradicação da pobreza; 86 – envolver a sociedade civil e o setor privado a tomarem medidas adequadas; 87 – cancelamento das dívidas bilaterais dos países mais pobres e afetados pela epidemia; 88 – apoio na resolução da dívida dos países menos avançados; 89 – aumento do investimento na investigação de tecnologias de prevenção sustentável a preços mais acessíveis; 90 – criar o Fundo Mundial para a AIDS; 91 – campanha mundial de recolha de fundos, realizada pelo UNAIDS; 92 – apoio aos governos locais na gestão da crise; e 93 – proporcionar recursos ao UNAIDS.

A última área reforçada na Declaração é o Follow Up, com o objetivo de controlar os progressos alcançados a nível Nacional, Regional e Mundial, sendo as metas as seguintes:

- Metas Nacionais: 94 - realizar análises periódicas, envolvendo todos os atores, para perceber os progressos atingidos e eventuais obstáculos na implementação das metas; 95 – criar mecanismos de avaliação e monitorização; 96 – mecanismos de supervisão do respeito pelos direitos humanos daqueles que vivem com HIV;

- Metas Regionais: 97 – incluir a temática do HIV/AIDS nas reuniões de Chefes de Estado e de Governo; 98 – analisar a recolha de dados; e 99 – intercâmbio de informações e experiências de implementação das metas pelos países; e

- Metas Mundiais: 100 – debater anualmente na Assembleia Geral os avanços acerca das metas estabelecidas; 101 – garantir a agenda para as questões da AIDS; 102 – partilhar as metas em conferências internacionais sobre o tema; e 103 – sistema de monitorização dos preços dos medicamentos em todo o mundo.

Segundo Kofi A. Annan esta Declaração revela 5 prioridades fundamentais para as políticas públicas em HIV/AIDS:

Primeiro, velar por que os seres humanos de todo o mundo, em particular os jovens, saibam o que fazer para evitar a infecção; segundo, pôr fim àquela que talvez seja a forma mais cruel de transmissão do HIV: a transmissão de mãe para filho; terceiro, proporcionar tratamento a todos os infectados; quarto, redobrar os esforços na busca de uma vacina, bem como de uma cura; e quinto prestar cuidados a todos aqueles cujas vidas foram devastadas pela AIDS, especialmente os mais de 13 milhões de órfãos. (UNAIDS, 2001: 05)

Em suma, a Resolução originou a publicação das Metas da UNGASS, sob o título: “Declaração de Compromisso sobre o HIV/AIDS” (UNAIDS, 2001). Com 103 aspetos a serem seguidos na orientação, formulação, implementação, monitorização e avaliação de políticas públicas para o HIV/AIDS entre os Estados membros da ONU. Participaram, assinaram e assumiram estes compromissos tanto o Brasil, quanto Portugal, colocando-os, *a priori*, sob a mesma influência internacional para o enfrentamento da epidemia de HIV.

Outros atores fundamentais nos processos de implementação destas políticas públicas são os agentes financiadores internacionais, sobretudo o BM, responsável pela definição de recursos alocados às políticas públicas de combate ao HIV/AIDS mundialmente, com especial relevância no Brasil (Sampaio e Araújo, 2006; Mansinho, 2010).

Entretanto, e diante das exposições acerca destas agências internacionais, vale recordar que durante a década de 1990 e início dos anos 2000, estas eram fortemente influenciadas pelos EUA, Estado fortemente responsável pela difusão dos próprios valores junto dos demais Estados membros da ONU (Stotz e Araújo, 2004). De facto, para estes autores os EUA reproduziam a ideia de que tinham a “receita perfeita” para os sistemas de saúde dos Estados membros. Ao investirem em investigação estas agências, bem como o BM, reforçam que são detentoras do melhor conhecimento para implementar boas práticas nos sistemas de saúde dos Estados membros, sobretudo, nos Estados em processo de desenvolvimento. Porém, como aponta Mattos (2008), estas premissas, valores e crenças difundidos pelas agências internacionais como a OMS e o BM nem sempre são válidas para outras culturas. Daí, conforme indica o autor, muitas vezes os Estados membros aceitam estas premissas, pois querem estar bem conceituados junto das agências internacionais e continuar a usufruir dos recursos oriundos destas, mas muitas vezes aplicam premissas que não são apoiadas nos seus Estados.

Em relação ao UNAIDS, que é um Programa da ONU, constituído de várias das suas agências internacionais, este tem procurado desenvolver, um trabalho em rede, baseado nas parcerias com instituições governamentais, ONG, organizações comunitárias, associações de seropositivos, entre outras instituições (Ribeiro e Sacramento, 2014: 235). A participação ativa é considerada essencial “para aumentar a relevância das estratégias de prevenção; para reduzir a discriminação; para ajudar a identificar necessidades de pessoas com HIV ou AIDS; para facilitar a compreensão do impacto do HIV/AIDS e para apresentar um rosto humano à AIDS” (UNAIDS, 2005: 12). É possível, deste modo, como propõe este programa da ONU desde 1999, “concretizar respostas amplas e integradas, alocar eficazmente os recursos e delinear e concretizar programas mais ajustados às especificidades nacionais e locais. Nestas atividades deve haver uma nítida preocupação em ouvir e envolver, muito em especial na educação e prevenção, os portadores de HIV, as pessoas mais vulneráveis à infeção e todas aquelas que, não sendo portadoras, são significativamente afetadas pela epidemia (UNAIDS, 1999).

Com o objetivo de implementar estratégias de prevenção, diagnóstico e assistência médica e social generalizadas, nos diferentes Estados-membros da ONU, em 1999, o UNAIDS propõe que a implementação de políticas públicas, através de programas nacionais, deve ser alicerçada no “princípio dos três uns”: i) um quadro de atuação comum que estabeleça as referências fundamentais para articulação das iniciativas dos diferentes parceiros no campo do HIV/AIDS; ii) uma entidade nacional para a coordenação das respostas à epidemia; iii) um sistema de monitorização/avaliação nacional previamente acordado e definido (UNAIDS, 1999; 2001). Esta proposta é assumida como compromisso em 2001, através das Metas da UNGASS. Nota-se assim, que é no quadro destes princípios de atuação que se inserem os PNA, enquanto entidade nacional para a coordenação das respostas à epidemia. Deste modo, o PNA de cada país deverá assumir-se como a referência central nas estratégias a desenvolver no campo do HIV/AIDS, buscando referência nos guias de boas práticas do UNAIDS e beneficiando do seu apoio técnico.

Ao longo da década de 2000 o UNAIDS reforça a importância do PNA de cada país, destacando-se, entre outras, as seguintes responsabilidades: i) criar condições para uma discussão alargada e transversal das ações de prevenção; ii) liderar o processo de concretização destas ações e a sua respetiva avaliação; iii) dinamizar e coordenar a mobilização de recursos; iv) garantir o envolvimento das pessoas com HIV nas respostas à epidemia; v) referenciar quadros legais e procedimentos burocráticos indutores de vulnerabilidades face ao HIV e propor medidas para a sua respetiva alteração; vi) contribuir para a generalização e adequabilidade dos serviços médicos e sociais às necessidades das

pessoas com HIV; vii) sugerir medidas de potenciação das estratégias públicas e civis para o combate à epidemia (UNAIDS, 2001; 2005; 2007; 2008).

Para a implementação destas responsabilidades, o UNAIDS propõe que os PNA devem respeitar o perfil da epidemia em cada cenário (de baixo nível, concentrados, generalizados e hiper-endêmicos), fundamentando-se na prevalência e distribuição da epidemia. Diante disto caracteriza assim os diferentes cenários: “cenários de baixo nível são os que têm níveis de prevalência do HIV abaixo de 1% e onde o HIV não se espalhou em níveis significativos dentro de qualquer subgrupo da população. Cenários concentrados são aqueles onde a prevalência do HIV é alta em um ou mais subgrupos da população, tais como em Homens que fazem Sexo com outros Homens (HSH), utilizadores de drogas injetáveis – UDI, e trabalhadoras do sexo e seus clientes, mas onde o vírus não está a circular na população em geral. Cenários generalizados são aqueles onde a prevalência do HIV está entre 1 e 15% em mulheres grávidas que frequentam clínicas pré-natais, indicando que a prevalência do HIV está presente entre a população geral em níveis suficientes para fazer com que as redes sexuais conduzam a epidemia. Cenários hiper-endêmicos são aquelas áreas onde a prevalência do HIV ultrapassa os 15% na população adulta determinada por extensivas relações heterossexuais com múltiplos parceiros simultâneos com baixo e inconsistente uso do preservativo” (UNAIDS, 2007: 1).

Para o cenário de uma epidemia concentrada, como é o caso do Brasil e de Portugal na década compreendida entre 2001 e 2011, que apresentam prevalência do HIV na população adulta estimada abaixo de 1% (UNAIDS, 2012) e tem alta prevalência entre alguns sub grupos (SVS, 2000; 2001; 2012; INSA, IP, 2000; 2001; 2012), o UNAIDS (2007) estabelece várias prioridades, entre as quais a destinação prioritária de recursos para as populações onde as taxas de infeção e o risco são maiores e para onde a epidemia se está a mover, dando atenção reforçada às “populações ponte”, que disseminam o vírus pela população em geral, através das suas redes de relações sexuais.

Entre os princípios políticos, as principais linhas estruturantes propostas são: i) alteração dos quadros políticos e legais, bem como das orientações normativas em diferentes esferas dos sectores público, privado e associativo que, reconhecidamente, contrariem ou não promovam a prevenção da infeção, mais precisamente em contextos sociais onde a sua prevalência é elevada; ii) pela formação dos líderes locais, muito em especial, nos grupos mais vulneráveis, de forma que possam executar um papel-chave na transmissão de informação e na disseminação de boas práticas sanitárias (UNAIDS, 2007). Para Ribeiro e Sacramento (2014:237) a implementação “destes princípios políticos genéricos deverá traduzir-se em ações programáticas concretas que, além das iniciativas consagradas para enfrentar cenários epidemiológicos de baixo nível, contemplem ainda o

aconselhamento e o teste de seropositividade nos grupos sociais com maior prevalência de HIV, a priorização destes mesmos grupos através de programas de prevenção e de apoio médico e social ajustado às suas características e necessidades e, por último, a promoção da sua capacidade de auto-organização, tendo em vista a prevenção entre pares e a participação sistemática na construção de respostas à epidemia”.

Entretanto, conforme afirma Faria (2003: 23), há “ (...) uma crescente tecnicização nos processos de formulação e gestão das políticas públicas, muitas vezes influenciada drasticamente por atores internacionais”, como, em muitas ocasiões é o caso das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS. Através da aplicação dos fundamentos do neoinstitucionalismo é possível explicar o tipo de responsabilidades que os Estados delegam às organizações internacionais e assumem diante destas (Hall e Taylor, 2003), podendo-se, assim, perceber se estas refletem-se nas políticas públicas de enfrentamento ao HIV/AIDS. Diante do exposto, a presente tese, nos capítulos em que revela os estudos de caso acerca da implementação de políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, no Brasil e em Portugal, pretende perceber como os princípios políticos propostos pelo UNAIDS são implementados. Pois, como recomendado pelo UNAIDS, os PNA de cada país devem direcionar esforços de acordo com o cenário da epidemia em que estão inseridos. Diante disto, e das distintas tendências nas taxas estimadas de prevalência do HIV na população adulta nos países em análise, sugere-se que o PNA brasileiro e português implementaram estratégias distintas de prevenção, apesar de ambos, no período entre 2001 e 2010, apresentarem o cenário de epidemia concentrada.

Ainda considerando a influência internacional nas políticas domésticas, Borzel (2001) afirma, a partir da análise das políticas públicas ambientais na Alemanha e Espanha, que estes são países muito similares na descentralização da governança mas efetivavam-na, nestas políticas, de modo distinto, mesmo ambos estando sob o influência da UE.

Em primeiro lugar, a Alemanha está dividida em Estados, ou no original *Länders*, e a Espanha em Comunidades Autónomas. Em segundo lugar, e em função do processo de europeização, ambos os países sofrem a mesma influência internacional para adaptação das instituições nacionais. Contudo, diferem no grau de mudança institucional, justamente pelo modo em que a governança descentralizada é efetivada. No caso alemão prevalece uma perspectiva cooperativista, e no caso espanhol uma perspectiva competitiva. Assim, diante das distintas adaptações institucionais às políticas públicas ambientais na Alemanha e em Espanha, nota-se que a mesma influência internacional não é suficiente para garantir o mesmo processo de implementação das políticas públicas (Borzel, 2001).

Sendo assim, pode-se propor que as diferenças institucionais e culturais, que influenciam o modo como cada Estado aprecia as orientações das agências internacionais,

contribuiriam também para distintas estratégias implementadas nas políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, no Brasil e em Portugal, pelos respetivos PNA. Considera-se, aqui, o compromisso assumido através das Metas da UNGASS como uma influência internacional sob a que os Estados analisados nesta tese estão sujeitos, mas reconhece-se que Portugal, enquanto membro da UE, também sobre forte influência desta instituição, também na implementação de políticas públicas de saúde.

2.2. Organizações da sociedade civil e as políticas públicas de combate ao HIV/AIDS

Segundo diversas fontes, quando o HIV/AIDS surge no panorama mundial, no início da década de 1980, o perfil dos portadores do vírus era maioritariamente definido por: homens, homossexuais, com grande poder aquisitivo e com experiências no estrangeiro (turismo, trabalho, estudos), onde muitos destes se infetaram (Galvão, 2002; Santos, 2002; Ramos, 2004; Sampaio e Araújo, 2006; Abraço, 2010; Grangeiro *et al*, 2009; Dalmann, 2013; entre outros). Este perfil contribuiu em muito para que a epidemia, naquela década e seguintes, fosse chamada “peste gay”, ou “cancro gay” (Carrara e Moraes, 1987; Ramos, 2004; Araújo e Sampaio, 2006, Abraço, 2010; Pereira e Nichiata, 2011). Este estigma (que os homossexuais carregaram por muitos e muitos anos) contribuiu para que as pessoas, ao atribuírem esta doença única e exclusivamente a uma população com características muito específicas (os gays), se infetassem, pois como não eram gays considerassem que não corriam qualquer tipo de risco de infeção (Lopes, 2000).

Entretanto, o perfil da epidemia mudou. No fim da década de 1990 percebe-se que a epidemia era de todos, ou seja, não eram apenas homossexuais ricos que eram infetados, muito pelo contrário. Atualmente, e nos casos do Brasil e de Portugal, o número de novos portadores do HIV heterossexuais é muito maior do que o número de portadores homossexuais, revelando uma elevada taxa de infeção através de relações sexuais heterossexuais. Já não eram apenas os homens que se infetavam, mas também as mulheres, anatomofisiologicamente muito mais vulneráveis à infeção ao vírus, foram diagnosticadas como portadoras do HIV. Consequentemente, passaram também a nascer muitas crianças com o HIV, e algumas nasciam, inclusivamente, já com AIDS. Assim, presentemente, o perfil da epidemia é o de uma doença de ambos os sexos, que não escolhe orientação sexual, nem estratos sociais. Rico ou pobre, homem ou mulher, adulto ou criança, homossexual ou heterossexual, todos são vulneráveis ao vírus (Galvão, 2002; Grangeiro *et al*, 2009). É justamente em função destas nuances do perfil da epidemia que no contexto do HIV/AIDS há inúmeros atores envolvidos (Araújo e Sampaio Jr, 2006: 338).

Recordando que a questão norteadora da presente tese fundamenta-se também nos grupos de interesse institucionalmente constituídos, no Brasil e em Portugal, é importante perceber o conceito de grupos de interesse, bem como as características das organizações da sociedade civil que atuam no âmbito do HIV/AIDS, enquanto grupos de interesse institucionalmente constituídos.

Assim, afirma-se que, segundo Santos (2002), entre os investigadores políticos não há qualquer consenso em torno da definição de grupos de interesse. Ao definir tais atores sociais são empregadas diferentes expressões para caracterizar as mesmas organizações, como grupos de pressão e *lobby*. Apesar de, por vezes, considerar-se que os partidos políticos tem o mesmo *status* dos grupos de interesse, há na verdade uma série de diferenças entre ambos. Os grupos de interesse se diferenciam dos partidos sobretudo pelo fato dos primeiros não terem a pretensão de administrar diretamente o aparelho estatal (Hartmann, 1985; Wilson, 1992: 80).

Com o objetivo de cumprir suas funções eficientemente, os grupos de interesse procuram transformar seus recursos – finanças, quota de filiação e informações – em poder político, de modo a desenvolver relações interpessoais com os diferentes participantes do processo político (Thomas, 1993: 28). Entretanto, em relação à sociedade civil, Cohen e Arato (2000) afirmam que esta é uma esfera de interação social, composta pela esfera íntima (em especial a família), a esfera das associações (em especial das associações voluntárias), os movimentos sociais (através das ONG) e as formas de comunicação pública, e pela interações entre estes e o Estado.

Em relação às ONG, estas têm especial relevo nas relações entre o Estado e a sociedade civil, sendo considerados agentes fundamentais da sociedade civil organizada (Lopes, 2000: 132). Caracterizam-se por serem entidades sem fins lucrativos que se orientam para a promoção e para o desenvolvimento de grupos sociais carentes a partir de relações baseadas em direitos e deveres da cidadania (Pereira e Nichiata, 2011: 3252), o que lhes garante poder de mobilização e conseqüentemente potencial e capacidade de influenciar, e por vezes determinar, decisões e políticas sociais (Santos, 2002a: 604). Sendo que para o termo ONG/AIDS duas concepções predominam: a que se refere a toda e qualquer instituição que desenvolve alguma atividade relacionada à AIDS; e a nomenclatura empregada para as entidades que trabalham exclusivamente com às temáticas que envolvem o HIV/AIDS (Pereira e Nichiata, 2011). É nesta última concepção que se enquadram a ABRAÇO, GAT e ABIA.

Entretanto, nesta tese recorre-se a definição de Wilson (1990: 1; 1992: 80) para grupos de interesse. Este afirma que são as organizações apartadas do governo – embora

muitas vezes em estreito contato ou parceria com órgãos governamentais –, cujo objetivo é exercer influência sobre políticas públicas.

Reforça-se a importância dada às ONG/AIDS enquanto grupos de interesse de relevo nas políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, pois um dos principais consensos na literatura consultada é o importante papel que as organizações da sociedade civil, como é o caso das ONG/AIDS, desempenharam na construção da resposta à epidemia de AIDS (Teixeira, 1997; Galvão, 2000; Lopes, 2000; Santos, 2002; Grangeiro *et al*, 2009). De acordo com Grangeiro *et al* (2009: 88), as ONG/AIDS são fundamentais, “(...) seja pela contribuição da ação em comunidade, com a finalidade de reduzir a prevalência e a mortalidade por AIDS, seja pela busca de uma caracterização das políticas de saúde a partir do ativismo e do controle social”.

Deste modo, é reconhecido que o avanço no combate a esta epidemia se deve também à articulação entre ações governamentais e não-governamentais (Paiva e Amâncio, 2004) e que alguns segmentos da sociedade civil destacam-se no início da epidemia, para seu enfrentamento, como os feministas, os homossexuais e as organizações de pessoas que vivem com HIV/AIDS (Lopes, 2000; Ramos, 2004; Guarinieri e Hollander, 2006; Sampaio e Araújo, 2006), sendo que considera-se que o movimento social “mais envolvido na luta contra a AIDS” é o Movimento LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (Santos, 2002: 597). Neste aspeto, a presente tese pretende perceber se o movimento social LGBT manteve ações de combate ao HIV/AIDS entre 2001 e 2010 em ambos os países, pois vários autores reforçam o envolvimento do movimento LGBT brasileiro na formulação e implementação de políticas públicas de combate ao HIV/AIDS ao longo de toda a epidemia (Galvão, 2002; Grangeiro *et al*, 2009; Pereira e Nichiata, 2011). Os mesmos autores apontam que, no Brasil, as primeiras ações de prevenção e assistência são desenvolvidas justamente por ONG LGBT, organizações responsáveis pelo sucesso da intervenção do Estado brasileiro nesta temática. Questiona-se aqui se o movimento LGBT teve um envolvimento contínuo e ativo na temática do HIV/AIDS em Portugal, ou se priorizou outras temáticas em detrimento desta. E ainda, se no Brasil, no período proposto este envolvimento se manteve.

Ao contrário de muitas outras doenças igualmente graves que afetam as mais diversas camadas sociais, a infeção por HIV/AIDS conseguiu capturar a atenção dos cientistas, clínicos, políticos, indústria, ativistas, sociedade civil, agências de financiamento e muitas celebridades, cujas sinergias permitiram transformar esta doença incapacitante e rapidamente mortal numa doença prolongada e com preservação da autonomia e da qualidade de vida dos infetados. De recordar que, na história da medicina, não há memória de se ter avançado tanto, em tão pouco tempo, no conhecimento de uma doença como ocorreu em relação à AIDS (Mansinho, 2010).

Salienta-se ainda a relevância das ONG, enquanto grupos de interesse institucionalmente constituídos e representantes da sociedade civil, no enfrentamento do HIV/AIDS, tanto no Brasil (Teixeira, 1997, Galvão, 2000 e 2002; Grangeiro, 2009), quanto em Portugal (Lopes, 2000; Santos, 2002; Ribeiro e Sacramento, 2014). Nestes países, as primeiras organizações a constituírem-se legalmente, e conseqüentemente caracterizarem-se como instituições, com estatutos, valores e missão próprias, no combate ao HIV/AIDS foram as de apoio às pessoas que vivem com HIV. A ABRAÇO, segunda instituição a surgir em Portugal, teve papel fundamental nas políticas de enfrentamento ao HIV neste país durante a década de 90 (Lopes, 2000), tal qual a ABIA, segunda instituição a surgir no Brasil, que desde sua fundação, até a atualidade, mantém trabalhos de referência no combate ao HIV/AIDS no Brasil (Simão, 2014; Chequer, 2014). A relevância das ONG é percebida por Ramos (2004), quando afirma que a ABIA, no Brasil, desde sua fundação, faz uso estratégico da pressão, acompanhando o Estado na implementação desta política pública, desempenhando também o papel de controlo social. Resta perceber se também as ONG fazem alguma pressão e controle social sobre Portugal, no período em análise. Como pretende-se revelar durante esta tese, é necessário entender como as organizações da sociedade civil agiram diante dos processos de implementação das políticas públicas de enfrentamento ao HIV/AIDS no período proposto. Uma hipótese é a de que no Brasil a atuação entre as ONG é realizada predominantemente de modo cooperativo, enquanto em Portugal esta efetiva-se de modo competitivo. Na presente tese as organizações da sociedade civil consideradas como grupos de interesse institucionalmente constituídos, e cujos dirigentes foram abordados, foram as ONG/AIDS ABIA no Brasil e ABRAÇO e GAT em Portugal.

Na perspetiva do institucionalismo sociológico a análise das políticas públicas deve dirigir a atenção não apenas para as instituições em si, mas também para os próprios atores envolvidos, os processos cognitivos, normas e morais (Hall e Taylor, 2003). Deste modo, as diferenças nos resultados entre Brasil e Portugal dar-se-iam pela intervenção distinta dos atores envolvidos na formulação e implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS em ambos os países, onde em um dos casos a participação popular é efetiva e noutro não. Ou seja, apesar de haver grupos institucionalmente organizados em ambos territórios, os valores, estratégias, morais e interesses podem ser diferentes e, conseqüentemente, as políticas públicas também o serem. Pois, segundo Araújo e Sampaio Jr

(...) a fragilidade da participação popular nas definições políticas abre espaço para o poder executivo definir, a partir dos seus interesses, a agenda política. É nesse cenário que os interesses hegemônicos se fortalecem, inclusive no âmbito da AIDS, e mantém estruturas tradicionais de se pensar e fazer política pública. (2006: 442)

Uma hipótese para o sucesso da intervenção dos grupos de interesse nas políticas públicas em saúde está nas oportunidades de veto. Segundo Immergut (1992), os grupos de interesse, sobretudo os médicos, têm grande influência nas políticas públicas de saúde. Esta influência não se dá, necessariamente, através do “poder médico”, mas sim pelos sistemas políticos em si, nos quais estes grupos se inserem. Esta autora estudou o processo de implementação de Seguros Nacionais de saúde em França, na Suécia e na Suíça e constatou que, entre estes países, a Suécia tem um Sistema de saúde extremamente socializado, enquanto na Suíça é extremamente privado e na França apresenta-se como um “mix” entre os dois outros. Apesar de contarem no início do processo com grupos de interesse de médicos organizados e institucionalizados, os resultados foram distintos. E esta diferença, segundo a autora, dá-se pelas instâncias de veto que cada país confere aos grupos de interesse, independentemente de serem médicos ou não. Sendo assim, uma hipótese para os distintos resultados entre as políticas públicas de combate/controle do HIV/AIDS entre Brasil e Portugal, é a de que os grupos de interesse institucionalmente constituídos, neste caso, as ONG/AIDS, no Brasil têm maiores oportunidades de veto do que em Portugal. Esta diferença poderá ser resultado dos sistemas políticos vigentes na Saúde em ambos países, ou seja, o Sistema Único de Saúde no Brasil e o Sistema Nacional de saúde em Portugal possibilitarem diferentes oportunidades de veto da sociedade civil organizada, sendo, provavelmente, maiores no Brasil.

Entretanto, como aponta Lopes (2000:136) quando trata-se do estudo de tão particular intervenção como é o domínio do HIV/AIDS, deve-se ter em atenção que trata-se de um espaço extremamente complexo em relação a ação de organizações da sociedade civil e os arranjos institucionais entre estas e o Estado ultrapassa a simples provisão de serviços sociais. Trata-se de um campo de relações fortemente politizadas, onde se discutem questões sobre liberdades, igualdades, direitos e comportamento, ou seja, um espaço onde a definição e implementação de políticas públicas aparece na sequência de processos carregados de significados sociais e políticos (Lopes, 2000: 136).

Nesta tese questiona-se o tipo de relação estabelecida entre a sociedade civil organizada portuguesa e o PNA, supondo que tenha ocorrido de modo menos colaborativo e mais competitivo.

Diante da breve exposição acerca de alguns aspetos teóricos e hipóteses referentes aos grupos de interesse institucionalmente constituídos envolvidos nas políticas públicas de enfrentamento do HIV/AIDS pretende-se, ao longo dos capítulos em que são revelados os estudos de caso do Brasil e de Portugal, analisar como processa-se a relação entre as ONG/AIDS e os respetivos PNA. E as consequências desta relação na implementação de estratégias de prevenção, entre 2001 e 2010, em ambos países.

2.3. Os Programas Nacionais de Combate ao HIV/AIDS

A importância de revelar as especificidades das políticas públicas de enfrentamento ao HIV/AIDS, no Brasil e em Portugal, a partir da instituição que é responsável por sua implementação justifica-se pois é muito importante na formulação e gestão de políticas públicas em HIV/AIDS o enquadramento político-administrativo em que a política está inserida (Oliveira, 2006).

Em qualquer política pública as instituições desempenham sempre um papel decisivo nas suas diferentes etapas, como defendem os diferentes teóricos das várias abordagens do neoinstitucionalismo, ou mais especificamente, como propõe Santos (2009:297) “as instituições políticas são uma variável-chave na compreensão dos rumos tomados pelas (...) políticas de combate à AIDS”. Mas o conceito de instituições para a análise das políticas públicas não se esgota nos fundamentos do neoinstitucionalismo. Segundo Saravia (2006), os estudos de políticas públicas

(...) demonstram a importância das instituições estatais tanto como organizações, pelas quais os agentes públicos perseguem finalidades que não são exclusivamente respostas a necessidades sociais, como também configurações e ações que estruturam, modelam e influenciam os processos económicos com tanto peso, como as classes e os grupos de interesse. (idem: 37)

O autor afirma ainda que as instituições estatais são moldadas por eventos que tangenciam a suas estruturas ordenadas e as metas em princípio propostas. E, toda a organização formal (como é o caso dos PNA de Portugal e do Brasil, pois são legalmente constituídos através de Decretos-Lei específicos) tenta mobilizar recursos humanos e técnicos como meios para atingir os seus resultados. Mas, os indivíduos inseridos no sistema interagem, entre si e com a organização, trazendo consigo constrangimentos e preferências específicos; além disso, estando a organização estatal vinculada a uma matriz institucional, está inevitavelmente sujeita as pressões de seu próprio meio envolvente. Por fim, o autor afirma que um dos principais papéis que as organizações estatais devem desempenhar é a função de legitimação.

Para além disto, segundo Frey (2000), o processo de institucionalização cria custos severos, uma vez que, além de representar a exclusão de muitas ideias, atores e interesses, faz surgir resiliência pois tange a burocratização e esta acarreta contrariedades. Para este autor

(...) as instituições políticas são padrões regularizados de interação, conhecidos, praticados e em geral reconhecidos e aceites pelos atores sociais, se bem que não necessariamente por eles aprovados. Logo, são produto de processos políticos de negociação antecedentes,

refletem as relações de poder existentes e podem ter efeitos decisivos para o processo político e seus resultados materiais. (idem: 213)

Considerando que ao longo do histórico da epidemia no Brasil e em Portugal, as instituições do Estado legalmente responsáveis pela implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, mudaram sua denominação, reforça-se, neste momento, que para fins de melhor compreensão acerca das estratégias de implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, no Brasil e em Portugal, ao longo dos demais capítulos desta tese, define-se PNA como sendo as instituições legalmente constituídas para o combate ao HIV/AIDS em cada um dos países em estudo.

Entretanto, refletir sobre políticas públicas de enfrentamento ao HIV/AIDS exige uma apreciação ampla de diversos fatores que estão presentes e restringem a ação, tais como sociais, políticos, culturais e, por vezes, também históricos. Isto, pois a implementação destas políticas públicas necessita de responsabilidade sanitária, recursos financeiros, formação de técnicos, organização do sistema de saúde, legislação específica, entre outras questões que demonstram a complexidade da temática do HIV/AIDS, enquanto política pública (Santos, 2009).

Uma eventual hipótese para o aumento da prevalência do HIV na população adulta de um país poderia estar relacionada com a disponibilização da medicação gratuitamente, permitindo às pessoas infetadas viverem mais tempo e, assim, constituírem “números acumulados”. Ou seja, e exemplificando, às mesmas pessoas que contabilizavam uma incidência de 0,8% em 2001 e que ainda estavam vivas em 2010 somavam-se os casos mais recentes e por isso, a prevalência aumentaria. Entretanto, esta hipótese não é confirmada pelo próprio relatório global da UNAIDS (2012), pois a partir do mesmo verifica-se que a taxa de prevalência global de HIV manteve-se em 0,8%, mesmo tendo o número de pessoas com acesso ao tratamento aumentado significativamente em todo o mundo. O que o relatório sugere é que a prevalência manteve-se de facto estável (mas em patamares ainda altos), pois apesar de as pessoas viverem mais tempo, o número de novas infecções por HIV reduziu. Entretanto, para que as taxas de prevalência do HIV num dado país possam diminuir, mantendo a saúde das pessoas que já vivem com HIV e não aumentando necessariamente o número de óbitos, seria necessário reduzir drasticamente o número de novas infecções. Esta hipótese será estudada no próximo capítulo, onde será desenvolvida uma análise dos relatórios de vigilância epidemiológica de ambos os países, entre 2001 e 2010, procurando perceber a evolução da epidemia.

É fundamental salientar ainda que as políticas públicas se estruturam a partir de uma realidade concreta. Ao assumir uma demanda social, o Estado define a sua área de atuação (por exemplo: saúde ou educação). A partir desta, monta estratégias, mais ou menos estruturadas, desde ações pontuais até programas, delegando responsabilidades e

disponibilizando equipamentos, instrumentos e outros recursos (Subirats, 2001). Compreende-se, assim, que entre o Brasil e Portugal, diante do desenvolvimento distinto da taxa de prevalência do HIV na população adulta, as estratégias assumidas por ambos os Estados, em função dos sistemas nacionais de saúde em que estão inseridos, sejam também distintas.

Entretanto acredita-se que a infeção por HIV é um problema considerado crónico, e deste modo os cuidados a serem recebidos também deveriam seguir esta lógica, fazendo assim sentido que os cuidados de saúde primários, dentre os quais a prevenção, fossem responsáveis pela gestão do HIV/AIDS, prestando cuidados e reunindo os contributos de outros prestadores e outras disciplinas, garantindo assim melhores cuidados e efetivos resultados no apoio a estas pessoas (Hetch *et al*,1999; Singh, Dunford e Carter, 2001). Fazendo, assim, todo o sentido para garantir os melhores cuidados de saúde, mais efetivos e próximos da pessoa com HIV/AIDS e sua família.

Cabe aqui tentar perceber, então, quais foram as estratégias assumidas pelos PNA na fase de implementação e conseqüente influência no sucesso ou insucesso da política pública estudada em relação a vinculação ao cuidados de saúde primários.

Segundo Souza (2006), no cerne da formulação e implementação de políticas públicas está a luta por recursos e pelo poder entre grupos sociais. Sendo que esta luta é intermediada por instituições políticas para benefício de alguns grupos em detrimento de outros. as instituições por si só não realizam todos os papéis, pois há também interesses, ideias e a história que influenciam a luta contra o HIV/AIDS.

Entretanto, nem sempre os atores políticos dispõem de preferências e interesses claramente definidos e devem, deste modo, ser levados em consideração outros fatores que exercem influência no comportamento decisório (Frey, 2000). Facto é que a implementação de políticas públicas de enfrentamento ao HIV/AIDS precisa de adequar as ações à conjuntura sociopolítica (Gindler, 1981), e à constante negociação com a população para a qual a ação é pensada, que tem interesses específicos (Ramos, 2004).

Neste sentido, a presente tese pretende perceber como é que os Programas Nacionais, acima referenciados, implementam as políticas públicas, conciliando a conjuntura sociopolítica nacional e internacional e procurando o sucesso. Tenta-se perceber se a implementação nos países em análise deu-se através dos modelos *top down* ou *bottom up* e se os Programas agem de modo descentralizado, alcançando o sucesso destas políticas. Coloca-se aqui a hipótese de que, no período em análise, no Brasil a implementação é fundamentalmente de estilo *bottom up* e descentralizada, enquanto em Portugal é *top down* e centralizada.

Também faz parte do papel dos PNA a promoção de campanhas de prevenção que sejam efetivas (UNAIDS 2001; Grangeiro *et al*, 2009). Neste aspeto, segundo Grangeiro *et al* (2009),

(...) o Brasil imprimiu em suas campanhas uma marca de ousadia que raramente é observada nos países latino-americanos, em outros países de baixa e média renda e mesmo em alguns países desenvolvidos (...). [Desde 1985] as campanhas passaram a enfatizar o uso da camisinha como estratégia de saúde pública, abordando o tema a partir da erotização e do contexto das diversas práticas sexuais e relações afetivas. (idem: 93)

Deste modo, levanta-se a hipótese de que as campanhas implementadas pelo PNA de Portugal não foram tão efetivas e foram abordadas de modo generalista, evitando a erotização do tema e, conseqüentemente, limitando o sucesso da campanha. Considera-se pertinente que as campanhas respeitem o perfil da população alvo e sejam dirigidas às especificidades das populações mais vulneráveis (UNAIDS, 2001).

Também os recursos despendidos para as políticas públicas podem justificar o maior ou menor sucesso no enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS em todo o mundo, como afirma a UNAIDS (2012). Ou seja, quanto maiores os recursos, que cada país emprega nesta área, melhores seriam os resultados. Supõe-se, assim, que países mais desenvolvidos, mais ricos, têm melhores condições de reverter recursos financeiros para garantir a efetividade das políticas públicas de enfrentamento do HIV/AIDS e, em consequência, obter melhores resultados. Neste caso, dever-se-ia perceber quais são os recursos que o Brasil e Portugal disponibilizaram para as políticas de enfrentamento ao HIV/AIDS.

Diante disto, surge a importância de conhecer os Programas Nacionais de combate ao HIV/AIDS – PNA³ – do Brasil e Portugal, enquanto instituições legitimamente constituídas. De considerar, também, que os PNA, enquanto organizações estatais têm a função, entre outras, de legitimar o combate ao HIV/AIDS nos respetivos países, pois, segundo O’Donnel (1991),

(...) é preciso analisar as instituições no sentido de saber se elas realmente exercem um papel importante e decisivo nos processos de formação de vontade e de decisão, e se não, quais conseqüências isto acarreta para o processo político em geral. (idem)

Também, percebe-se aqui, que estes Programas Nacionais, enquanto instituições estatais revelam o contexto administrativo das políticas públicas nos países propostos. E são

³ Vale reforçar que, ao longo das últimas décadas esta instituição teve diferentes denominações, em ambos os países, pelo que, para evitar constrangimentos acerca das distintas denominações, convencionou-se utilizar a sigla PNA sempre que se estiver a tratar da instituição do Estado responsável pela implementação de políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, tanto no Brasil, quanto em Portugal.

estas instituições que devem efetivar as Metas da UNGASS, mas o modo como efetivam, depende das suas estruturas, missões, processos, atores e legislação.

2.3.1. Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais – Brasil

No Brasil, segundo o PNA, que atualmente denomina-se Departamento Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), AIDS e Hepatites Virais, estima-se que cerca de 630 mil indivíduos entre os 15 e os 49 anos vivam com HIV/AIDS (Brasil, 2010). Segundo parâmetros estabelecidos pelo UNAIDS, a epidemia de AIDS é concentrada, ou seja, apresenta uma taxa de prevalência da infecção pelo HIV menor que 1% na população em geral e maior que 5% em subgrupos populacionais de risco acrescido para a infecção pelo HIV (HSH, usuários de drogas e profissionais do sexo feminino).

De 1980 até junho de 2009, foram identificados 544.846 casos de AIDS. A taxa de incidência de AIDS vem apresentando uma tendência de estabilização em patamares elevados, sendo que, em 2008, atingiu 18,2 por 100.000 habitantes. Em média, cerca de 35 mil novos casos de AIDS são identificados anualmente.

A taxa de incidência vem decrescendo na população masculina, todavia, nota-se uma tendência de feminização na medida em que o decréscimo não se faz sentir da mesma forma quando se trata da população feminina. A razão de sexo (M:F) no Brasil diminuiu consideravelmente do início da epidemia para os dias atuais: em 1986, a razão era de 15,1:1 e, a partir de 2002, observa-se uma relativa estabilização em 1,5:1. Na faixa etária de 13 a 19 anos o número de casos de AIDS é maior entre as meninas e essa inversão é observada desde 1998, com 0,8:1.

Apesar do importante crescimento observado no número de casos entre as mulheres, nos últimos anos, estudos recentes mostram que os HSH e os usuários de drogas injetáveis masculinos continuam a apresentar maior risco do que a população em geral, com taxas de incidência cerca de 15 vezes maiores do que os heterossexuais. Outros grupos com maior vulnerabilidade para a infecção são os transgêneros (travestis e transsexuais), trabalhadores do sexo e a população prisional.

Criado em 1986, o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais está ligado à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde e desde logo se tornou uma referência mundial no tratamento e atenção dada a estas doenças (Ramos, 2004).

A conexão principal que mantém a resposta brasileira à AIDS, em seus mais de 25 anos de existência, é a estruturação das ações como parte do SUS, o sistema público de saúde do Brasil. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 dispõe que a

saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantindo, mediante políticas sociais e económicas, a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Os princípios básicos do SUS são a universalidade, a equidade, a integralidade, participação e controle social e descentralização, com as ações articuladas entre as três esferas da Federação: União, estados e municípios.

A missão do PNA brasileiro (Brasil, 2010) é “formular e fomentar políticas públicas de DST, HIV/AIDS e hepatites virais de forma ética, eficiente e participativa, fundamentadas nos Direitos Humanos e nos princípios e diretrizes do SUS” (idem: s/ página). E a visão desta instituição consiste em “contribuir para a excelência do Sistema Único de Saúde respondendo de forma ousada, inovadora e com forte articulação política às necessidades da população em relação às DST, HIV/AIDS e hepatites virais” (idem).

Diante desta missão e visão, o PNA tem, atualmente, dois grandes objetivos: a) reduzir a transmissão do HIV, das DST e das hepatites virais; e b) melhorar a qualidade de vida das pessoas com DST, HIV, AIDS e hepatites virais. Por isso, aponta para seis processos prioritários:

1. Fortalecimento da rede de atenção e linhas de cuidado às DST, AIDS e hepatites virais;
2. Prevenção, diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, pelas hepatites virais e redução de risco e vulnerabilidade;
3. Promoção de direitos humanos e articulação com redes e movimentos sociais;
4. Aprimoramento e desenvolvimento da vigilância, informação e pesquisa;
5. Aprimoramento da governança e da gestão; e
6. Acesso universal aos medicamentos, preservativos e outros insumos estratégicos.

Considerado como um modelo de resposta à epidemia de HIV/AIDS, o PNA brasileiro conjuga estreitamente a política de distribuição gratuita de medicamentos e, diante do elevado preço dos antirretrovirais de marca, a política de incentivo à produção farmacêutica local, seja ela pública ou privada (Cassier e Corrêa, 2009). Graças à sua resposta à epidemia de HIV/AIDS, o Brasil tornou-se um agenda *setter* no domínio da saúde (Bliss *et al*, 2012).

2.3.2. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA – Portugal

Em Portugal, o primeiro caso clínico de infecção pelo HIV foi diagnosticado em 1983. Até 31 de dezembro de 2010, registaram-se em Portugal 39.347 casos de infecção pelo HIV/AIDS (INSA, IP, 2010). Entretanto, entre 2001 e 2010, a taxa de prevalência do HIV/AIDS na

população adulta portuguesa passou de 0,6% para 0,7%, segundo os dados da UNAIDS (2012).

E, em 1985, para conhecimento da condição do país face à infeção pelo HIV, o Ministério da Saúde criou o Grupo de Trabalho da SIDA, que tinha os seguintes objetivos (CPLP e UNAIDS, 2009):

- Recolher informação sobre novos casos de infeção pelo HIV/AIDS;
- Confirmar ou refutar os diagnósticos realizados; e
- Implementar estratégias, a nível nacional, de prevenção da infeção.

O Grupo de Trabalho era constituído por representantes das Direções-Gerais dos Cuidados de saúde Primários e dos Hospitais, do Instituto Nacional do Sangue e do Centro de Histocompatibilidade.

O avanço da epidemia ditou, em 1990, a reformulação do Grupo de Trabalho, tendo-se criado uma nova estrutura, a CNLCS. Em julho de 1993, o Ministro da Saúde aprovou o Plano Nacional de Luta Contra a AIDS, que orientou a ação da CNLCS até ao ano de 2000.

Em 1998, por Despacho conjunto dos Ministros da Educação, da Saúde, do Trabalho e Solidariedade e do Secretário de Estado da Juventude, foram criadas as Comissões Distritais de Luta Contra a SIDA. Estas estruturas vinham responder à necessidade de descentralização da coordenação e execução das ações desenvolvidas no âmbito do Plano Nacional de Luta Contra a AIDS. Em 1992, por Resolução do Conselho Regional da Região Autónoma da Madeira foi criada a Comissão Regional de Luta Contra a SIDA da Madeira, e em 1993, por Despacho da Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social, a Comissão Regional de Luta Contra a SIDA dos Açores.

Tendo em vista a redefinição da missão da CNLCS, a sua reestruturação orgânica e a otimização da afetação dos recursos existentes, Resolução n.º 173/2000, atribuiu à CNLCS a natureza de “Estrutura de Projeto”. Após isto, a CNLCS concebeu o “Plano Estratégico de Luta contra a Infeção pelo HIV/AIDS para o triénio 2001/2003”. Entre 2002/2003, Portugal assumiu a Presidência do Conselho de Coordenação do Programa das Nações Unidas de Luta Contra a AIDS (DGS, 2012).

A 1 de julho de 2003, por Resolução do Conselho de Ministros n.º 121/2003, a CNLCS foi reestruturada em Unidade de Missão, por forma a melhor conduzir a coordenação e acompanhamento da luta contra a AIDS.

No âmbito da melhor execução do Plano Nacional de saúde 2004/2010, e com os objetivos de uma melhor coordenação vertical das instituições envolvidas e uma mais eficaz articulação horizontal com outros agentes e setores cujas ações são determinantes para o alcance de melhores resultados em saúde, a CNLCS foi extinta e integrada no Alto Comissariado da Saúde, através do Decreto Regulamentar n.º 7/2005 de 10 de agosto. As

atribuições da CNLCS são, então, asseguradas pelo Coordenador Nacional para a Infecção HIV/AIDS. Entretanto, em 2012, o PNA português passa a ser denominado Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA e passa ser considerado uma dos Programas Estratégicos da Direção Geral de Saúde (Portugal, 2012).

Diante da exposição das considerações e hipóteses até aqui apresentadas para tentar responder à questão norteadora da presente tese, a seguir apresenta-se a estratégia metodológica desta investigação, bem como a bibliografia que fundamenta a sua escolha.

2.4. Metodologia proposta para a investigação: integração de diferentes métodos

Conforme apontado anteriormente, pode-se caracterizar as estratégias implementadas pelo PNA do Brasil e de Portugal, entre 2001 e 2010, no enfrentamento ao HIV/AIDS, como políticas públicas. Segundo Frey (2000) e Souza (2006), ambos citando Lowi (1972), “as políticas públicas fazem as políticas”, ou “‘policies’ determine ‘politics’” e, por isto, cada tipo de política pública encontra distintas maneiras de apoio e rejeição, e diferentes disputas e arenas em torno da sua decisão, daí a importância em diferenciar, numa perspectiva comparada, as nuances das políticas de enfrentamento ao HIV/AIDS destes países.

Deste modo, tornar-se pertinente e necessário apresentar as considerações metodológicas da utilização do método comparativo na análise comparativa de políticas públicas, pois vários são os investigadores que ao longo dos últimos anos têm apresentado fundamentações para a utilização do método comparativo nesta área do conhecimento. Neste sentido, apresentar-se-ão os principais contributos de alguns autores acerca das abordagens comparativas no estudo das ciências sociais, ciência política e, conseqüentemente, das políticas públicas, considerando que a utilização da análise comparativa, enquanto abordagem metodológica, remonta ao final da década de 1960, início da década de 1970, conforme apontam Lijphart (1971), Przeworski e Teune (1970), e Sartori (1994).

Começando por Lijphart (1971), o autor caracteriza o método comparativo como típico no campo de estudo das políticas comparadas, pois para este, a comparação é um instrumento adequado em situações onde o número de casos em estudo é muito pequeno para permitir o uso do método estatístico. Assim, a comparação é apresentada como uma estratégia analítica com fins não somente descritivos, mas também explicativos, um procedimento orientado fundamentalmente para testar hipóteses. O politólogo argumenta que a explicação científica para a utilização deste método assenta em dois fatores básicos que devem ocorrer paralela e inseparavelmente: a possibilidade de estabelecer relações

empíricas gerais e a garantia de que todas as outras variáveis sejam mantidas constantes. Deste modo, afirma que não há uma fronteira definida entre os métodos estatístico e comparativo, pois muitas vezes deve-se utilizar uma mescla entre os métodos para atingir o objetivo do estudo. Esta combinação deve acontecer também com o método de estudos de caso, o qual pode estar estreitamente relacionado com o método comparativo, pois certos tipos de estudos de caso são considerados partes subentendidas do método comparativo. Por fim, para Lijphart, defendendo a importância desta metodologia, a análise intensiva de alguns poucos casos pode ser mais promissora do que uma análise estatística superficial de vários casos. Deste modo, a análise comparativa pode beneficiar tanto de metodologias qualitativas, quanto de metodologias quantitativas, sendo que em alguns casos a análise torna-se mais completa se forem conciliadas ambas metodologias (Ragin, 1987).

Para Sartori (1994), o método comparativo é parte do método das ciências sociais. O autor italiano afirma ainda que através do método comparativo é possível compreender, explicar e interpretar os resultados obtidos sobre o mesmo tema a partir de diferentes casos, considerando que a comparação é um método de controlo das generalizações. Por outro lado, ao estudo de um único caso não é aplicável o método comparativo. Para o autor, para se chegar à conclusão de que dois ou mais casos são incomparáveis, deve haver anteriormente, justamente, uma comparação. Considera que duas instituições ou casos com características idênticas são considerados também a mesma instituições ou caso. Bem como, se duas instituições são totalmente diferentes, também não vale a pena compará-las. Entretanto, as comparações que têm verdadeiro interesse são aquelas em que existem atributos comparáveis e, em parte, ditos incomparáveis. Para este especialista da ciência política é necessário fazer-se primeiro, no método comparativo, uma definição concetual rigorosa e um desenvolvimento de categorias. Ou seja, para o autor, comparar consiste basicamente em encontrar diferenças e semelhanças, através do uso da classificação, onde as categorias devem ser reciprocamente eliminatórias. Assim, o meio para se efetivar a comparação está na escolha dos sistemas mais semelhantes ou dos sistemas mais diferentes.

Esta apreciação do método comparativo assemelha-se às técnicas de comparação identificadas por Przeworski e Teune (1970), como o desenho dos sistemas mais similares (*most similar systems*) e o desenho dos sistemas mais diferentes (*most different systems*), embora com outras especificidades. O desenho dos sistemas mais similares é fundamentado no princípio das variações concomitantes. As semelhanças e diferenças intersistémicas são o foco do *most similar systems design*. Ou seja, as características sistémicas comuns são concebidas como *controller for*, enquanto as diferenças intersistémicas são variáveis explicativas. Nesta análise parte-se dos sistemas por inteiro, tão idênticos quanto possível.

As características comuns são as variáveis controladas, enquanto as diferenças são as variáveis explicativas. Já o *most different systems design* tem como unidade de análise amostras de sistemas diferentes. Neste, os fatores sistêmicos não justificam a variação e as populações são homogêneas, onde o objetivo é justamente excluir os fatores sistêmicos que não são relevantes para explicar a variação. Para os autores, nesta estratégia a variação é observada a um nível comportamental menor do que a dos sistemas. Geralmente este é o nível dos grupos, comunidades locais, classes sociais e profissionais. Assim, a hipótese inicial é a de que os indivíduos são desenhos da mesma população, ou seja, os fatores sistêmicos não desempenham qualquer papel na explicação do comportamento observado. Deste modo, mais de um nível de análise é viável. Pode-se partir do nível individual, realizando-se análises de subsistemas ou sistemas.

Segundo Ragin (1987), através do método comparativo é possível abordar todas as questões que envolvem um fenômeno, conferindo maior liberdade, em relação ao método estatístico, para definir os limites da investigação e seus conceitos, pois segundo ele a abordagem comparativa estimula um rico diálogo entre as ideias e as evidências. O autor identifica dois métodos comparativos: *variable-oriented* e o *case-oriented*. No primeiro método, foca-se a teoria macrossocial para investigar correlações existentes numa série de sociedades ou países. A sua lógica fundamenta-se em dados estatísticos sobre as relações entre variáveis que possibilitam fazer observações empíricas de processos especificados na teoria. Neste método, para as generalizações, deve-se centrar um conjunto conscrito de variáveis e aumentar o universo de casos analisados. No segundo método, centra-se na cronologia de casos específicos, o que possibilita ao investigador fazer profundas explicações de regularidades, exigindo, deste modo, um pequeno número de casos; permite também abordar as diversidades e particularidades das relações nas diferentes formações sociais dos casos comparados, valorizando a complexidade dos casos estudados. Por fim, o autor sublinha que estes métodos podem ser complementares no processo de generalização de uma investigação.

Ou seja, conforme aponta Tomaz (2013: 5-6), a abordagem *variable-oriented*

(...) propõe alcançar generalizações baseadas na análise das relações entre variáveis insistindo na busca de parcimônia. Procura-se reconhecer, normalmente através de metodologias quantitativas, quais os padrões dominantes dentro da multiplicidade de configurações que uma visão mais ampla de determinado fenômeno proporciona, de forma a testar as hipóteses derivadas de uma teoria geral.”

Entretanto, a abordagem *case-oriented* objetiva um conhecimento mais espesso dos casos, exigindo justamente uma análise de um número pequeno de casos. Através de métodos qualitativos procura-se reconhecer unidades complexas, recorrendo a uma descrição profunda de algumas circunstâncias de dado fenômeno e às suas variáveis:

A teoria contribui para a interpretação histórica e a identificação dos principais fatores causais. No entanto, deve-se ir para além da mera observação e descrição dos casos, confrontando proposições analíticas com os dados obtidos para o teste ou construção de novas teorias. Em ambas as estratégias o maior problema não é encontrar variáveis associadas aos efeitos, mas antes distinguir quais as variáveis, teórica e empiricamente, relevantes (...) um dos principais desafios metodológicos do método comparativo é o facto de a análise incidir num pequeno número de casos e muitas variáveis, aumentando a dificuldade de controlo das variáveis explicativas e conduzindo, assim, a um menor grau de certeza nas relações encontradas... (idem: 6)

Entretanto, ainda segundo Tomaz (2013), considerando as opiniões de Ragin (1987) e Collier (1991), optar por um número limitado de casos deriva justamente do objetivo do método comparativo, sendo assim, “captar a diversidade constitutiva do fenómeno, sendo particularmente apropriado para desvendar as diferentes condições causais que produzem resultados diversos” e “à complexidade dos problemas de investigação e à dificuldade de criar indicadores mensuráveis e válidos em contextos diferenciados.” Além disso, quando se compara um reduzido número de casos, mesmo considerando as limitações para fazer generalizações mais amplas, pode-se conseguir informações, de acordo com o contexto, bastante detalhadas, contribuindo assim “para a descoberta de processos relacionais ou mecanismos causais entre eles”.

De um modo geral, quando o investigador opta pela análise comparativa, constatam-se “as semelhanças, diferenças ou a relação entre entidades distintas” (Mills, 2008) ou “de uma, ou mais, propriedades/características dos objetos a estudar” (Sartori, 1994). Sendo assim a análise das semelhanças e diferenças gera a oportunidade para que o investigador compreenda, explique, interprete, verifique, ou mesmo falsifique as generalizações.

Para Lijphart (1971), a compreensão da análise comparativa necessita que o método seja implementado de modo sistemático, obrigando a definição de categorias e conceitos de modo claro e explícito, e à seleção de casos de modo criterioso, podendo-se assim realizar uma afirmação teórica.

De acordo com Gerring (2007), um dos desafios na análise comparativa está na seleção dos casos. Esta seleção deve considerar a capacidade do investigador de recolher os dados, testar as hipóteses e conduzir as inferências, bem como de perceber que a análise dos casos selecionados deve explicar adequadamente as variantes com interesse teórico. Para tanto, segundo Sartori (1994), deve-se definir claramente os conceitos necessários para a análise comparativa, pois deste modo as variáveis derivadas destes conceitos também serão claras. Neste seguimento, o autor aponta para os seguintes constrangimentos a que o investigador pode estar exposto: i) paroquialismo – desprezar os conceitos e teorias já estabelecidos; ii) classificações erróneas – agregar casos a pesquisar que não são

adequados ao conceito trabalhado; iii) gradualismo – ter dificuldades em optar por situações contínuas e dicotômicas; e iv) ‘alargamento’ conceitual – alargar excessivamente o significado dos conceitos.

Diante do exposto até ao momento, afirma-se que a análise comparativa das políticas públicas inicia-se pelo interesse do investigador em explicar as semelhanças ou diferenças observadas nos casos selecionados, contribuindo para o desenvolvimento, confirmação ou reformulação de hipóteses ou teorias em políticas públicas.

Deste modo, a presente tese fundamenta-se nas metodologias propostas por Przeworski e Teune (1970), Ragin (1987) e Sartori (1994), pois, como referido anteriormente, identificam-se métodos comparativos que podem ser considerados complementares no processo de generalização e problematização.

O método *case-oriented* permitirá focar as instituições, os grupos de interesse e a cronologia dos casos brasileiro e português, o que possibilitará fazer explicações de semelhanças, diferenças e ausências em ambos casos. Nesta análise comparativa, então, pretende-se perceber como se implementam as políticas públicas de HIV/AIDS naqueles dois países, numa análise contínua, institucional e com foco na intervenção do Estado, em relação à intervenção dos grupos de interesse institucionalmente constituídos, neste caso, as ONG/AIDS e à influência internacional exercida pelas Metas da UNGASS. Ou seja, numa perspetiva neoinstitucionalista, perceber-se-á que fatores tiveram influência no impacto da epidemia no Brasil e em Portugal. Espera-se conseguir dar resposta à questão: como é que países sujeitos à mesma influência internacional, possuidores de PNA e grupos de interesse institucionalmente constituídos, têm impactos tão distintos na prevalência estimada do HIV/AIDS na população adulta?

Os dados para a análise comparativa serão apresentados através dos estudos de caso do Brasil e de Portugal, efetuados a partir da análise bibliográfica, documental e legislativa para o período de 2001 e 2010, em ambos os países. Além disto foram desenvolvidas entrevistas semi-estruturadas, realizadas com informantes privilegiados envolvidos na temática do HIV/AIDS do Brasil e de Portugal, entre 2001 e 2010. Os informantes privilegiados do Brasil cujas entrevistas constam desta tese são os ex diretores do PNA brasileiro entre 2003 e 2010 (Dr. Alexandre Grangeiro – 2003, Dr. Pedro Chequer – 2004/2005 e Dra. Mariângela Simão – 2006/2010), bem como o Diretor do PNA, que desempenha esta função em 2014, Dr. Fábio Mesquita e, por fim, o Presidente da ABIA no período entre 2001 e 2010, Dr. Richard Parker. Os informantes privilegiados de Portugal cujas entrevistas constam desta tese são os diretores do PNA português entre 2003 à 2014 (Dr. Meliço-Silvestre – 2003/2005, Dr. Henrique Barros – 2006/2011 e Dr. Antonio Diniz – 2012/2014), bem como Dr. Luís Mendão e Dr. Pedro Silvério, que durante a década de 2001

e 2010 são membros da diretoria do GAT, mas que na década anterior pertenceram à diretoria da ABRAÇO.

CAPÍTULO III – A TAXA DE PREVALÊNCIA DO HIV E A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO HIV/AIDS NO BRASIL E EM PORTUGAL (2001-2011)

No presente capítulo serão apresentados dados de vigilância epidemiológica do HIV/AIDS do Brasil e de Portugal entre 2001 e 2011, bem como dados acerca da variação das taxas estimadas de prevalência do HIV/AIDS na população adulta (15-49 anos) nos países em estudo, neste período, revelados pelo UNAIDS.

Justifica-se a relevância do período entre 2001 e 2010, proposto para análise nos estudos de caso apresentados nos capítulos seguintes, primeiramente por corresponder ao período assinalado pelas Metas da UNGASS. Em segundo lugar, os dados acerca da taxa de prevalência do HIV/AIDS estimada na população adulta em todo o mundo, revelados no ano 2012, são consequência das políticas públicas implementadas até à década anterior, segundo o UNAIDS (2012).

Além disso, considera-se fundamental afirmar que apresentar-se-ão dados epidemiológicos que compreendem o período entre 2001 e 2011, pois, apesar de os resultados de ações no enfrentamento ao HIV/AIDS em um determinado ano serem percebidos nos dados epidemiológicos dos anos seguintes (isto, entre outros motivos, em função de atrasos na notificação, assunto que será abordado posteriormente), é este o período de referência para as taxas estimadas de prevalência do HIV na população adulta disponibilizadas pelo UNAIDS (2012).

A ONU, através do UNAIDS, atribui a estabilização da prevalência estimada do HIV na população adulta à eficácia das políticas públicas de prevenção e tratamento do HIV/AIDS proveniente do esforço internacional empenhado na última década. Pode-se, então, afirmar que a prevalência estabilizou pois, apesar do aumento do número de pessoas a viverem com HIV/AIDS (consideram-se fatores que em princípio contribuem para o aumento da proporção de pessoas a viverem com o HIV/AIDS o acesso ao tratamento antirretroviral e a diminuição de mortes de pessoas que vivem com HIV/AIDS) também, em contrapartida, o número de novas infeções diminuiu drasticamente ao longo da década, embora ainda se mantenha em patamares muito elevados. Ou seja, a taxa de prevalência está diretamente relacionada com a diminuição tanto de mortes de pessoas com HIV/AIDS, quanto de novas infeções (resultado da prevenção, e também, indiretamente, do acesso ao tratamento), ainda segundo a mesma fonte.

Sendo assim, o presente capítulo divide-se em quatro partes fundamentais. Inicialmente serão apresentadas as fontes consultadas para os dados que serão

apresentados. A seguir serão revelados os dados epidemiológicos obtidos em publicações nacionais para fins de vigilância epidemiológica do HIV/AIDS, em ambos os países, nomeadamente os Boletins Epidemiológicos do Brasil, bem como os Relatórios Anuais do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP) de Portugal, compreendidos entre 2001 e 2012.

Posteriormente, serão apresentados os principais dados estimados acerca do HIV/AIDS e do desenvolvimento da taxa estimada de prevalência do HIV no Brasil e em Portugal entre 2001 e 2011, revelados pelo Global Report da UNAIDS (2012), bem como os principais dados acerca da população residente em ambos os países, comparando a evolução da população adulta, em relação à evolução dos dados estimados de HIV/AIDS e taxa estimada da prevalência do HIV na mesma faixa etária da população (entre 15 e 49 anos) no mesmo período, no Brasil e Portugal.

Por fim, o presente capítulo apresenta ainda uma reflexão acerca dos dados apresentados, considerando os resultados das respostas das políticas públicas em HIV/AIDS desenvolvidas em ambos os países.

3.1. Fontes dos dados e limitações percebidas

Os dados acerca da prevalência do HIV/AIDS na população adulta no Brasil e em Portugal referem-se ao período 2001-2011, pois em 2012, com a publicação do Global Report do UNAIDS, foram revistas as taxas de prevalência estimadas em todos os países membros. Esta revisão das taxas resultou da adoção de um novo *software* (“*spectrum*”), que segundo esta agência da ONU, aplica meios mais fidedignos comparativamente aos anteriores (UNAIDS, 2012). Entretanto, a análise macro e meso acerca das políticas públicas desenvolvidas pelos países nos respetivos estudos de caso que serão abordados nos seguintes capítulos, restringir-se-á ao período compreendido entre 2001 e 2010, pois este período corresponde ao período apresentado para as metas traçadas na 26ª Sessão Extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas, para examinar o problema do HIV/AIDS, que ficaram conhecidas como Metas da UNGASS, tal qual referenciado anteriormente. Esta alteração na revelação dos dados de AIDS no Mundo, no Brasil e em Portugal reforça a importância dada à taxa de prevalência estimada do HIV. Recorde-se que a taxa estimada da prevalência do HIV na população adulta (dos 15 aos 49 anos) refere-se à proporção da população a viver com HIV num determinado ano, representando, deste modo, um dado cumulativo.

Sendo assim, revela-se que os dados acerca das diferentes estimativas da prevalência do HIV/AIDS na população adulta no Brasil e em Portugal, que neste documento

serão apresentados, foram obtidos de uma fonte comum, o Global Report da UNAIDS de 2012. Entretanto, os dados demográficos e os dados para fins de vigilância epidemiológica do HIV/AIDS são provenientes de instituições nacionais de igual relevância, como é o caso dos dados acerca do desenvolvimento das populações, obtidos nos Censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil e do Instituto Nacional de Estatística (INE), em Portugal. Os dados acerca dos casos de AIDS diagnosticados e notificados em ambos países no período estudado (2001 – 2011) foram obtidos através da análise dos Boletim Epidemiológicos emitidos pelos Serviços de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, no caso do Brasil, e dos Relatórios Anuais, emitidos pelo INSA, IP, no caso de Portugal.

Além de perceber as estimativas realizadas pelo UNAIDS acerca do HIV/AIDS para Portugal e Brasil e os respectivos desenvolvimentos das populações adultas, também é importante analisar o comportamento de diferentes dados para fins de vigilância epidemiológica do HIV/AIDS nos dois países e no período em exame, para perceber de que forma influenciam a taxa de prevalência estimada do HIV/AIDS nas respectivas populações adultas.

Entretanto, em análise aos Boletins Epidemiológicos do Brasil, compreendidos entre 2000 e 2012, bem como aos Relatórios Anuais do INSA, IP, de Portugal, em igual período nota-se que estes países têm normas e critérios distintos, tanto na apresentação dos dados, quanto nos critérios de diagnóstico para os casos de AIDS, bem como na notificação do HIV/AIDS.

Por conseguinte, é necessário revelar quais as diferenças acerca dos critérios utilizados para a definição de casos de AIDS em cada um dos países.

No Brasil, desde 1998 e até 2004, as normas para atribuição de diagnóstico de AIDS eram diferentes das atuais. Durante este período de tempo não se consideravam os casos de CRS – Complexo Relacionado com AIDS, como casos de AIDS e, conseqüentemente, não eram contabilizados estes indivíduos como casos de AIDS para fins de vigilância epidemiológica do HIV/AIDS. Só a partir de 2004 é que se passou a incluir os casos de CRS como critério para diagnóstico de AIDS, mas apenas quando no óbito é declarada qualquer patologia associada ao CRS. Por este motivo, a partir deste ano, os dados referentes aos anos anteriores foram revistos e atualizados (SVS, 2005).

Entretanto, em Portugal, desde 2000, por orientação de normas europeias, os relatórios anuais para fins de vigilância epidemiológica revelam distintamente os casos de AIDS, de CRS e de PA - Portadores Assintomáticos (pessoas que tem o diagnóstico positivo para HIV, mas não desenvolveram nenhum estágio da doença).

Em relação aos PA, enquanto em Portugal é uma prática instalada desde 2000, mas com notificação obrigatória apenas a partir de 2005 (INSA, IP, 2005), no Brasil, a notificação de PA passou a ser obrigatória apenas em 2013, pelo que não há dados referentes ao Brasil disponíveis nos Boletins Epidemiológicos acerca destas pessoas com HIV no período proposto para análise.

Sendo assim, os principais dados referentes ao Brasil e Portugal para fins de vigilância epidemiológica do HIV/AIDS, no período compreendido entre 2001 e 2011, foram obtidos respetivamente do Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS Ano I, nº 1, de dezembro de 2012 (SVS, 2012), e do Relatório “Infeção HIV/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012” (INSA, IP, 2012).

Em relação aos dados referentes ao caso brasileiro, o referido Boletim traz dados até junho de 2012, pelo que serão considerados apenas aqueles referentes até ao ano 2011. No caso dos dados de Portugal, será utilizado o relatório de 2012, pois é o mais recente e atualmente disponível, visto que em dezembro de 2013 este relatório disponibilizado, apenas contemplava dados de HIV/AIDS 2012, apesar de incluir a disponibilização de novos dados acerca do desenvolvimento da tuberculose, em Portugal.

Quanto ao Brasil, no Boletim Epidemiológico DST/AIDS, de dezembro de 2012, foi utilizado o banco de dados de AIDS nacional, do Brasil, com as notificações compulsórias dos casos de AIDS e de gestantes infetadas pelo HIV por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel) e do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclón), sendo que os procedimentos de relacionamento de bases de dados entre todos estes sistemas de informação são aplicados desde 2004, proporcionando uma melhor apuração do número de casos de AIDS no país.

No caso português, no Relatório Anual “Infeção HIV/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012” é revelado que, desde 2005, os novos casos de HIV, CRS e AIDS, bem como os óbitos, são obrigatoriamente notificados em formulário específico. Este formulário é enviado ao INSA, IP, onde se realiza a codificação dos casos, a validação da informação veiculada e o seu registo informático em base de dados específica. Os dados são disponibilizados anualmente nos relatórios anuais do INSA, após análise estatística por desagregação das variáveis de caracterização.

Com o objetivo de equiparar as comparações a serem realizadas, os dados observados sofreram algumas adequações para a apresentação no presente documento de modo comparativo. Ou seja, em relação aos casos de AIDS diagnosticados e notificados por ambos os países por categoria de exposição/transmissão, cada país apresenta estes dados de modo distinto. Enquanto no Brasil a categoria de transmissão é hierarquizada e revelada

para crianças (menores de 13 anos) e para adultos (maiores de 13 anos) em tabelas distintas, em Portugal, a vigilância epidemiológica apresenta o total de casos de AIDS por categoria de exposição, sem distinguir entre adultos e crianças. Além disso, enquanto no Brasil os dados acumulados são apresentados entre 1980-1999, apresentando a evolução anual entre 2000 e 2012, em Portugal apresentam-se dados acumulados entre 1983-2002, discriminando as categorias de exposição anuais apenas a partir de 2003. Assim, estes dados serão expostos neste documento num quadro único, considerando as categorias de exposição hierarquizadas, como propõe o documento brasileiro, apresentando a categoria de exposição homossexual ou bissexual somadas, bem como somando-se os casos de crianças e adultos brasileiros, como propõe o documento português.

Outro aspeto importante prende-se com o atraso nas notificações, que em ambos os países pode chegar aos 5 anos. Por isso, os resultados apresentados para os anos mais recentes podem, em relatórios posteriores, apresentar maior número de diagnósticos e notificações para o período em análise. Além disso, e dadas as distintas formas de apresentação dos dados de AIDS (no Brasil os critérios para definição de casos de AIDS incluem os CRS, mas apenas em caso de haver óbito, e em Portugal são apresentados separadamente o número de casos de AIDS e de CRS), serão aqui apresentados os dados acerca dos casos considerados como AIDS, em cada um dos países, respeitando os critérios específicos de cada um deles.

3.2. Evolução dos dados para fins de vigilância epidemiológica do HIV/AIDS dos Programas Nacionais de combate ao HIV/AIDS do Brasil e Portugal (2001 – 2011)

Como apontado anteriormente, considerando os dados para fins de vigilância epidemiológica do Brasil e Portugal, serão apresentados, a seguir, os principais dados obtidos de cada país, seguindo uma perspectiva comparada.

Quanto aos casos de AIDS diagnosticados em ambos os países até ao ano de 2000, e considerando o início da epidemia na década de 1980, o quadro 3.2.1 demonstra que no Brasil foram diagnosticados 238.197 casos de AIDS e em Portugal haviam sido diagnosticados 8.953 casos.

Notam-se desenvolvimentos distintos de novos casos nos dois países (figura 3.2.1), entre os anos 2001 e 2011, sendo que neste último ano se contavam 517.817 casos acumulados de AIDS no Brasil e 17.126 casos acumulados de AIDS em Portugal.

Apesar do número de novos casos de AIDS diagnosticados em 2011 ser menor do que em 2001 em ambos os países, no período compreendido entre estes anos, em Portugal

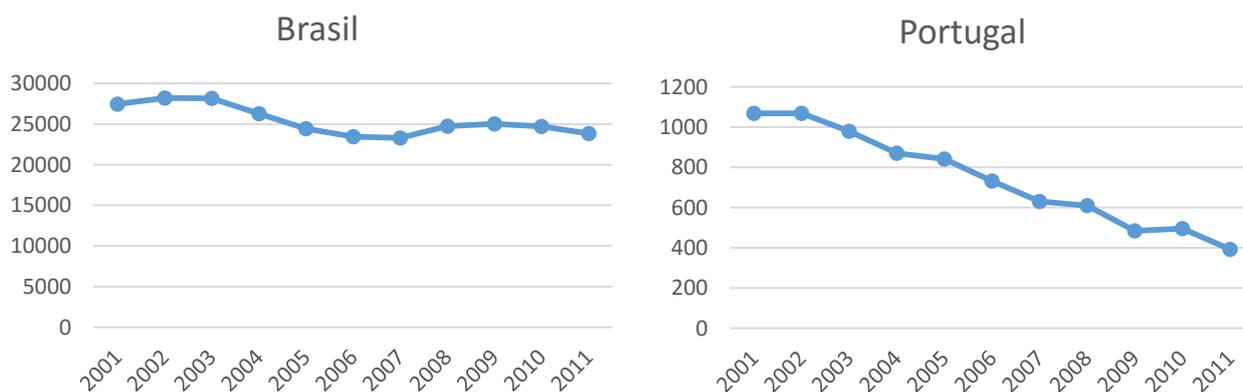
esta linha apresenta-se em declínio constante, enquanto no Brasil, por breves períodos, houve um aumento no número de novos casos de AIDS notificados, como entre 2001 e 2003, e entre 2007 e 2009.

Nota-se que entre 2001 e 2011 houve 279.620 novos casos de AIDS no Brasil e 8.173 novos casos de AIDS em Portugal, dando uma média de 25.420 novos casos por ano no Brasil e de 743 novos casos por ano em Portugal.

Quadro 3. 2. 1 Número de casos AIDS notificados, por ano de diagnóstico, Brasil e Portugal (2001 – 2011) e total acumulado em ambos os países

	≤ 2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Brasil	238197	27457	28201	28187	26272	24424	23461	23304	24743	25007	24724	23840	517817
Portugal	8953	1068	1068	979	870	842	732	630	610	485	496	393	17126

Figura 3. 2. 1 Evolução do número de casos de AIDS, por ano de diagnóstico, Brasil e Portugal (2001 – 2011)



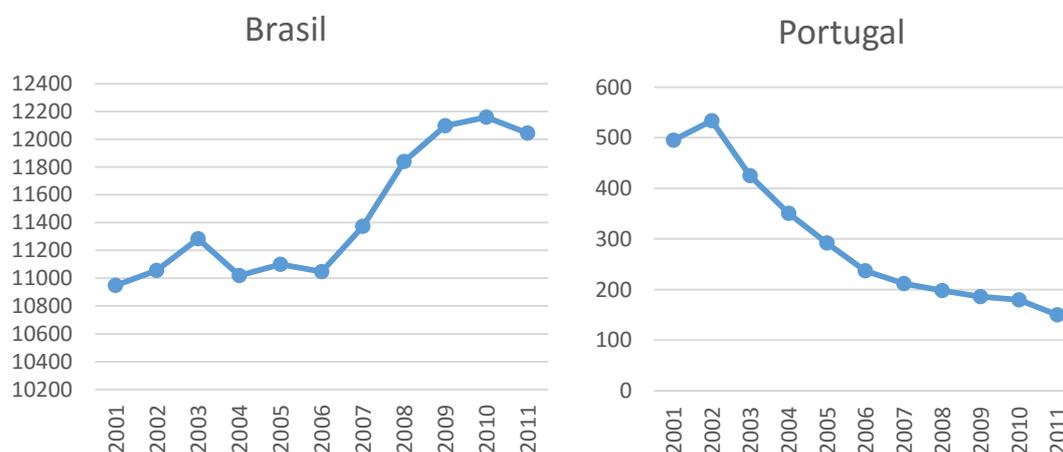
Entretanto, em relação ao número de óbitos por AIDS, nota-se o quadro 3.2.2 que até ao ano de 2011 foram notificados 253.706 óbitos por AIDS no Brasil e em Portugal 7.894, considerando-se o início da epidemia desde meados dos anos 1980. No período compreendido entre 2001 e 2011, no Brasil, foram notificados 125.962 óbitos causados por AIDS enquanto em Portugal foram notificados 3.260 óbitos por AIDS no mesmo período. Estes dados revelam que em média, neste período, morreram por AIDS anualmente, 11.451 pessoas no Brasil e 296 em Portugal, tal qual pode ser percebido na análise no quadro 3.2.2.

Quadro 3. 2. 2 Número de óbitos por AIDS, por ano de óbito, Brasil e Portugal (2001 – 2011) e total acumulado em ambos os países

	≤2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Brasil	127744	10948	11055	11283	11020	11100	11046	11372	11839	12097	12158	12044	253706
Portugal	4634	495	534	425	351	292	237	212	198	186	180	150	7894

Entretanto, percebe-se na análise da Figura 3.2.2 que os países têm tendências distintas em relação a este dado. Nota-se que a partir de 2002 o número de óbitos por AIDS em Portugal vem diminuindo anualmente, enquanto no Brasil este dado oscila entre 2001 e 2005 e vem aumentando anualmente desde 2006.

Figura 3. 2. 2 Evolução do número de óbitos por AIDS, por ano de óbito, Brasil e Portugal (2001-2011)

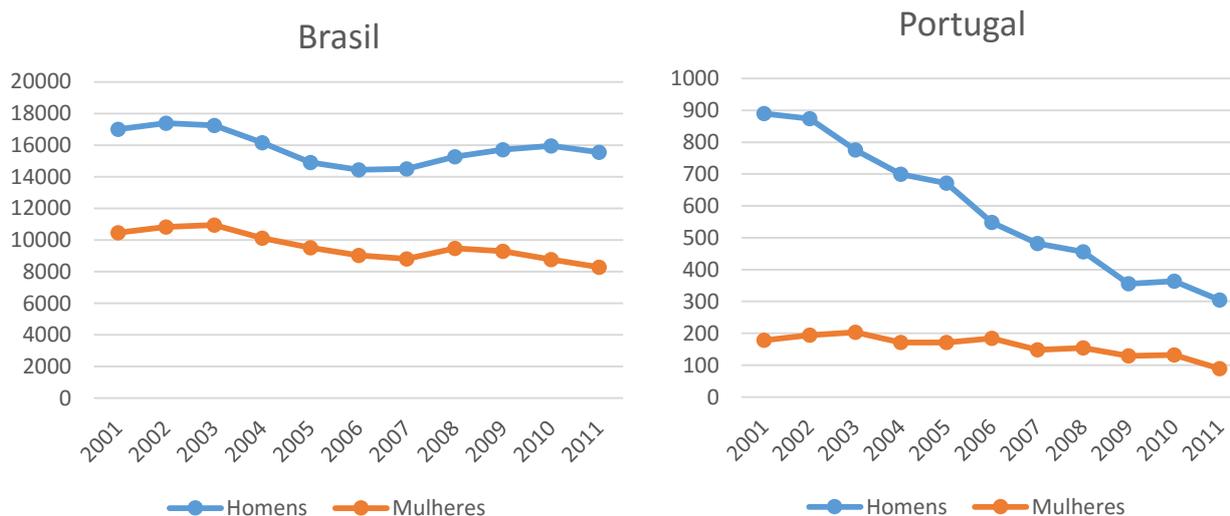


No quadro 3.2.3 são revelados os dados acerca da distribuição entre homens e mulheres dos casos de AIDS diagnosticados no Brasil e em Portugal, entre 2001 e 2011, bem como o rácio entre homens e mulheres diagnosticados com AIDS neste período. Pode-se perceber que a evolução do número de casos de AIDS diagnosticados em ambos os sexos entre 2001 e 2011 no Brasil é muito semelhante, com uma pequena diferença a partir de 2009, onde a diferença aumenta discretamente até 2011. Em Portugal a evolução do número de casos de AIDS em homens vem diminuindo bruscamente desde 2001 e o número de casos de AIDS em mulheres oscila anualmente, conforme se observa na figura 3.2.3.

Quadro 3. 2. 3 Número de casos de AIDS, por sexo e *ratio* de sexo, Brasil e Portugal (2001 – 2011)

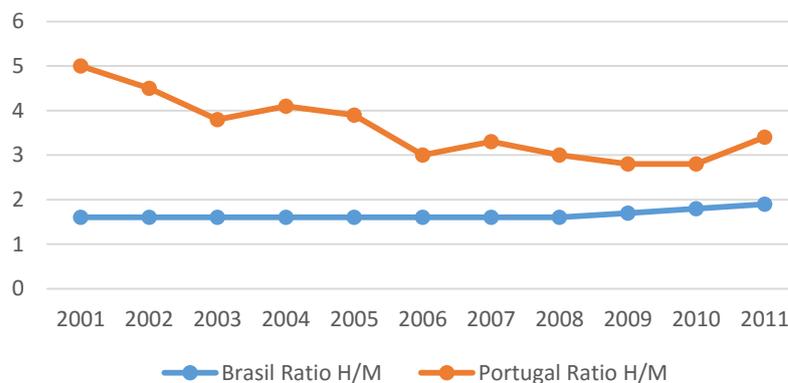
	Brasil				Portugal		
	Homens	Mulheres	Ignorado	<i>Ratio</i> H/M	Homens	Mulheres	<i>Ratio</i> H/M
2001	16997	10459	1	1,6	890	178	5
2002	17379	10819	3	1,6	874	194	4,5
2003	17239	10948	0	1,6	776	203	3,8
2004	16147	10122	3	1,6	699	171	4,1
2005	14910	9512	2	1,6	671	171	3,9
2006	14431	9030	0	1,6	548	184	3
2007	14493	8809	2	1,6	482	148	3,3
2008	15273	9468	2	1,6	456	154	3
2009	15704	9297	6	1,7	356	129	2,8
2010	15950	8773	1	1,8	364	132	2,8
2011	15547	8292	1	1,9	304	89	3,4

Figura 3. 2. 3 Evolução do número de casos de AIDS entre homens e mulheres no Brasil e em Portugal (2001 – 2011)



Nota-se, conforme exposto no quadro 3.2.3, que até 2007, no Brasil, o *ratio* entre os sexos estava estável, em 1,6, começando a aumentar a proporção de homens a partir de 2008. Em Portugal, entretanto, o *rácio* passa de 5 homens com AIDS para cada mulher em 2001, para 3,4 homens com AIDS para cada mulher em 2011. Mas vale reforçar que esta diminuição no *rácio* não é estável, ou seja, em determinados períodos o *rácio* aumentou em relação aos anos anteriores, e em outros diminuiu, como se nota na figura 3.2.4, que compara a evolução desta relação entre homens e mulheres com AIDS, em ambos os países, no período proposto.

Figura 3. 2. 4 Evolução do *ratio* entre homens e mulheres diagnosticados como casos de AIDS, no Brasil e em Portugal (2001 – 2011)



Os relatórios analisados, de ambos países, para fins de vigilância epidemiológica, trazem ainda o perfil discriminado dos casos de AIDS notificados e diagnosticados até 2011 por faixas etárias e por categorias de exposição. Sendo assim, apresentar-se-ão estes dados respetivamente no quadro 3.2.4 e figura 3.2.5.

O quadro 3.2.4 apresenta a distribuição de casos de AIDS nas diferentes faixas etárias, iniciando-se pelo número de diagnósticos em menores de 5 anos de idade e terminando no número de diagnósticos para pessoas com mais de 60 anos, em cada um dos países, entre 2001 e 2011.

Percebe-se, deste modo, que até aos 14 anos, o número de diagnósticos de AIDS notificados em Portugal, no período proposto, é bastante reduzido, totalizando 39 casos acumulados, num universo de 8.173 diagnósticos notificados no período proposto. Verifica-se, assim, que o número total de casos de AIDS diagnosticados, entre 2001 e 2011, em pessoas até aos 14 anos, em Portugal, representa 0,47% do total dos casos diagnosticados. A mesma faixa etária, no caso brasileiro, soma 6.934 diagnóstico de AIDS em igual período, representando, num universo de 279.620, aproximadamente 2,48% do total de casos de AIDS diagnosticados no Brasil.

Já na população adulta (entre 15 e 49 anos) o quadro 3.2.4 revela que ambos os países concentram os casos de AIDS nesta faixa etária, sendo que que no Brasil somam-se 236.501 diagnósticos de casos de AIDS e em Portugal 6.424, representando 84,58% e 78,60%, respetivamente, do total acumulado entre 2001 e 2011, nesta parcela da população. Entre as pessoas com 50 ou mais anos, 36.166 diagnósticos de AIDS foram realizados neste período no Brasil, enquanto em Portugal foram diagnosticados 1.662 casos de AIDS na mesma faixa etária da população, o que corresponde a 12,94% e 20,34%, respetivamente, do total de diagnósticos de casos de AIDS notificados entre 2001 e 2011.

Os 19 casos de idade ignorada ao longo da década são irrisórios no Brasil e são apresentados exatamente como na tabela no Boletim Epidemiológico (quadro 3.2.4). Entretanto os casos de idade ignorada somam 48 em Portugal, ao longo da década, apesar de o Relatório do INSA, IP, de 2011, revelar para os anos 2001 e 2002, respetivamente, 3 e 2 casos ignorados, quando comparam-se os dados acerca da idade apresentados no relatório do INSA, IP, o número de casos diagnosticados e notificados apresentados em 2012, referentes ao ano 2011, aponta para uma diferença de 15 e 5 notificações para os anos 2001 e 2002, respetivamente, ou seja, o número de casos cuja idade não é conhecida em 2001 e 2002 é de 17 e 7 casos.

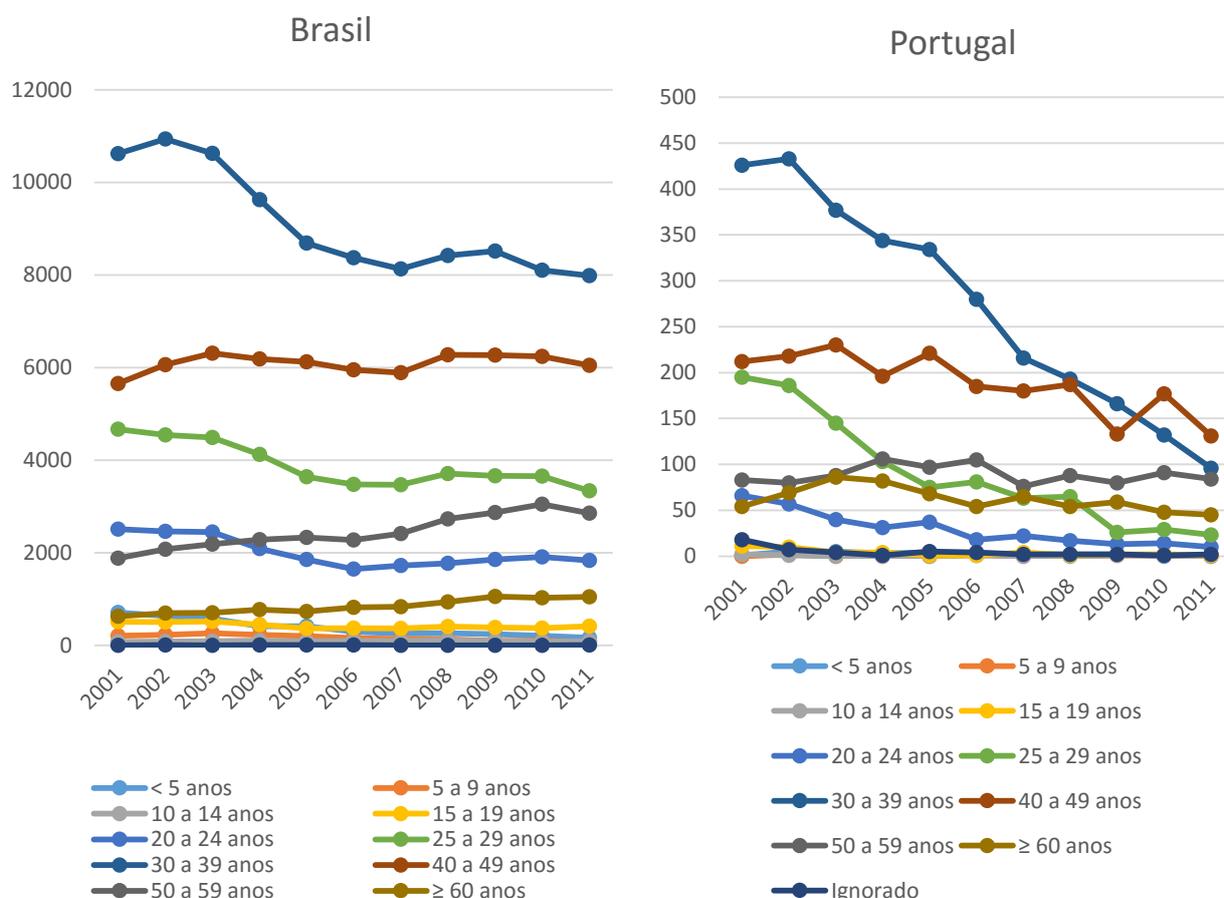
Quadro 3. 2. 4 Número de casos de AIDS notificados por ano de diagnóstico e faixa etária, Brasil e Portugal (2001 – 2011)

		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
< 5 anos	Brasil	710	629	574	415	415	295	252	260	236	202	161
	Portugal	1	5	5	3	4	1	2	2	2	0	1
5 a 9 anos	Brasil	207	223	262	227	195	159	139	127	94	100	73
	Portugal	0	2	0	0	0	2	0	1	1	1	0
10 a 14 anos	Brasil	75	78	85	103	87	92	96	111	85	81	86
	Portugal	2	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0
15 a 19 anos	Brasil	509	499	514	449	364	373	363	402	385	369	414
	Portugal	11	10	4	4	1	1	4	1	2	2	1
20 a 24 anos	Brasil	2.507	2.460	2.444	2.086	1.855	1.649	1.724	1.773	1.851	1.906	1.832
	Portugal	66	57	40	31	37	18	22	17	13	14	10
25 a 29 anos	Brasil	4.667	4.543	4.491	4.125	3.638	3.476	3.470	3.709	3.657	3.652	3.337
	Portugal	195	186	145	103	75	81	63	65	26	29	23
30 a 39 anos	Brasil	10.621	10.934	10.624	9.623	8.687	8.372	8.129	8.417	8.515	8.101	7.983
	Portugal	426	433	377	344	334	280	216	193	166	132	96
40 a 49 anos	Brasil	5.657	6.063	6.308	6.188	6.125	5.949	5.886	6.275	6.265	6.240	6.046
	Portugal	212	218	230	196	221	185	180	187	133	177	131
50 a 59 anos	Brasil	1.880	2.074	2.184	2.284	2.330	2.272	2.412	2.730	2.868	3.048	2.855
	Portugal	83	80	88	106	97	105	76	88	80	91	84
≥ 60 anos	Brasil	623	696	701	769	726	822	832	938	1.050	1.024	1.048
	Portugal	54	69	86	82	68	54	65	54	59	48	45
Ignorado	Brasil	1	2	0	3	2	2	1	1	1	1	5
	Portugal	18	7	4	1	5	4	2	2	2	1	2

A figura 3.2.5 apresenta a evolução do número de casos de AIDS por faixa etária, no Brasil e em Portugal, entre 2001 e 2011. Ao analisar as faixas etárias compreendidas na parcela da população adulta, ou seja, dos 15 aos 49 anos, os países apresentam tendências muito semelhantes. Dos 15 aos 19 anos e dos 20 aos 24 anos, a proporção de casos diminuiu

entre 2001 e 2011 em ambos os países. A figura 5 revela ainda uma diminuição significativa no número de diagnósticos de AIDS entre adultos entre 25 e 29 anos, bem como entre 30 e os 39 anos, sendo bastante brusca no caso português. Entretanto, entre os 40 e 49 anos de idade, os países têm uma evolução distinta do número de novos casos de AIDS diagnosticados e notificados ao longo do período estudado, pois no Brasil aumentou enquanto em Portugal diminuiu.

Figura 3. 2. 5 Evolução do número de casos de AIDS notificados por ano de diagnóstico e faixa etária, Brasil e Portugal (2001 – 2011)



Como demonstra o quadro 3.2.5 o maior número de casos de diagnósticos de AIDS entre 2003 e 2011, em função da categoria de exposição/transmissão, em ambos os países em estudo, encontra-se entre os heterossexuais.

Quadro 3. 2. 5 Número de casos de AIDS notificados por ano de diagnóstico e categoria de exposição/transmissão, Brasil e Portugal (2003 – 2011)

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Homo ou Bissexual	Brasil	4.639	4.421	4.157	3.999	4.035	4.360	4.645	4.918	4.973
	Portugal	84	68	76	66	54	72	48	59	61
Heterossexual	Brasil	16.823	15.897	15.133	14.278	13.737	14.673	14.613	14.388	13.733
	Portugal	441	438	385	375	368	339	296	292	249
Hemofílico	Brasil	15	11	11	11	8	10	7	5	8
	Portugal	1	0	3	1	0	1	0	0	0
Transfusão	Brasil	18	43	25	27	14	9	11	8	7
	Portugal	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Toxicodependente	Brasil	2.575	2.050	1.647	1.512	1.232	1.168	1.094	999	908
	Portugal	423	346	361	276	197	179	125	128	73
Mãe/Filho	Brasil	787	630	607	498	502	536	472	460	386
	Portugal	4	3	5	4	3	4	3	1	1
Acidente Trabalho	Brasil	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Portugal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ignorado	Brasil	3330	3220	2844	3135	3776	3987	4165	3946	3825
	Portugal	22	15	12	10	8	15	13	16	9

Entretanto, a análise da figura 3.2.6 demonstra que o número de novos casos de AIDS em heterossexuais e toxicodependentes diminuiu entre 2003 e 2011 em ambos os países, mas em relação à categoria de exposição/transmissão homossexual/bissexual os países têm oscilações distintas. Enquanto no Brasil diminuiu entre 2003 e 2006 e aumentou a partir deste ano, em Portugal a oscilação é pouco constante, diminuindo em alguns anos e aumentando noutros.

Mas na análise à figura 3.2.7 nota-se que em 2003 a categoria de exposição/transmissão heterossexual representavam 67,68% do total de casos diagnosticados no Brasil e 46,08% em Portugal. Já em 2011, o percentual passa para 68,61% e 64,84% nos respetivos países, considerando o total de diagnósticos de AIDS em que é conhecido o meio de transmissão/exposição. Nota-se, assim, que a proporção de heterossexuais e homo/bissexuais aumenta em ambos os países em análise, comparando-se 2003 e 2011, sendo bastante significativa a diminuição da proporção de toxicodependentes neste período, sobretudo em Portugal.

Figura 3. 2. 6 Evolução do número de casos de AIDS notificados por ano de diagnóstico e as 3 principais categorias de exposição/transmissão, Brasil e Portugal (2003 – 2011)

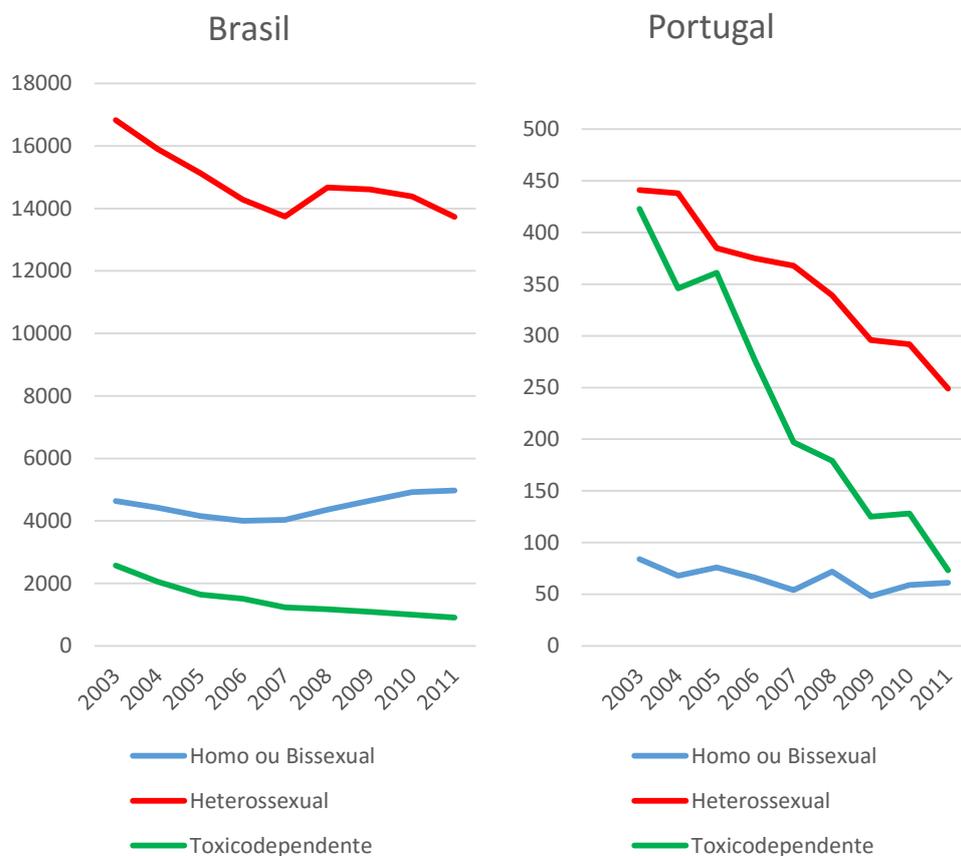
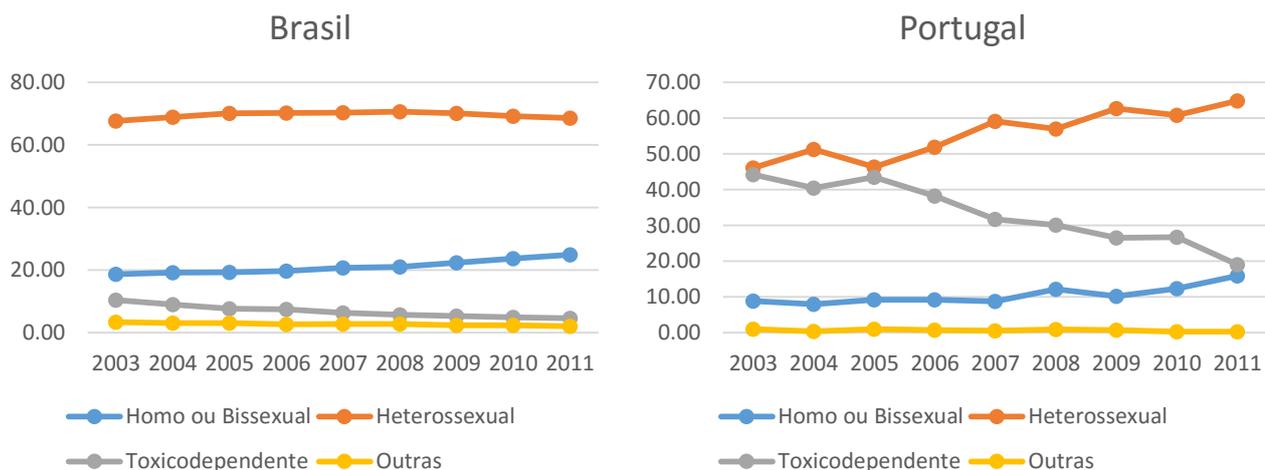


Figura 3. 2. 7 Evolução do percentual das principais categorias de exposição/transmissão em relação ao número total de casos diagnosticados em que é conhecida a categoria, Brasil e Portugal (2003 – 2011)



3.3. A população residente no Brasil e em Portugal em relação à evolução das taxas estimadas pela UNAIDS do HIV/AIDS na população adulta nestes países (2001-2011).

Segundo dados revelados pelo Global Report (UNAIDS, 2012), o Brasil apresentou, em 2011, uma taxa de prevalência de HIV/AIDS na população adulta estimada em 0,3% e Portugal uma taxa de 0,7%. O mesmo documento aponta que em 2001 o Brasil apresentava uma taxa estimada em 0,4% e Portugal de 0,6%, ou seja, as taxas de prevalência estimada do HIV na população adulta de ambos os países obteve desenvolvimento oposto. Enquanto diminuiu a proporção de pessoas a viverem com HIV/AIDS no Brasil, em Portugal esta aumentou e no Mundo estabilizou (em 0,8%). Entretanto, serão revelados os dados acerca das populações residentes correspondentes a ambos os países e o seu desenvolvimento na última década.

A população brasileira, entre o ano 2000 e 2010 passou de 169.799.170 habitantes para 190.755.799, segundo os Censos Demográficos realizados nos respetivos anos (IBGE, 2010). Em Portugal, entre 2001 e 2011, a população passou de 10.356.117 habitantes para 10.562.178, também segundo os respetivos Censos realizados (INE, 2011). Nota-se, assim, um aumento populacional em ambos os países, durante a última década.

No mesmo período, e segundo as mesmas fontes, a população adulta (entre 15 e 49 anos) destes países passou de 92.489.703 para 105.816.284 habitantes no Brasil e de 5.241.138 para 4.832.936 habitantes, em Portugal, notando-se assim que no Brasil a população adulta aumentou e em Portugal diminuiu.

Considerando o número de pessoas a viverem com HIV/AIDS, entre 2001 e 2011, como fundamental para a análise da taxa estimada de prevalência do HIV/AIDS na população adulta de um país, são apresentadas as estimativas reveladas para ambos os países. Segundo o UNAIDS (2012), entre 2001 e 2011 no Brasil a estimativa de pessoas a viverem com HIV passou de 450.000 para 490.000, enquanto em Portugal esta estimativa passou de 34.000 para 48.000. Nota-se aqui um crescimento no Brasil e em Portugal.

O quadro 3.2.6 apresenta os dados revelados acima, de modo a perceber o aumento ou diminuição de cada uma das variáveis analisadas.

Quadro 3. 2. 6 População residente no Brasil e em Portugal em relação à evolução das taxas estimadas pela UNAIDS do HIV/AIDS na população adulta nestes países (2001 – 2011)

	Brasil	Portugal
--	--------	----------

	2001	2011	%	2001	2011	%
População* (em número de residentes)	169.799.170	190.755.799	↑	10.356.117	10.562.178	↑
População* Adulta (15-49 anos, em número de residentes)	92.489.703	105.816.284	↑	5.241.138	4.832.936	↓
Taxa de prevalência estimada na população adulta	0,4%	0,3%	↓	0,6%	0,7%	↑
Estimativa de pessoas a viverem com HIV	450.000	490.000	↑	34.000	48.000	↑
Número de óbitos por AIDS	10.948	12.044	↑	495	150	↓
Número de novos casos de AIDS diagnosticados	27.457	23.840	↓	1.068	393	↓

* População brasileira refere-se aos anos em que foi realizado o censo neste país, ou seja, 2000 e 2010.

Os dados acerca da evolução demográfica em cada um dos países, do número de novos casos e óbitos de AIDS, e das estimativas do UNAIDS para o Brasil e Portugal, suportam e justificam as distintas tendências na taxa estimada da prevalência do HIV/AIDS na população adulta nestes países, que aumenta em Portugal e diminui no Brasil, no período entre 2001 e 2011.

Os dados revelam que em Portugal, para o período em análise, apesar de haver uma diminuição do número de novos casos de AIDS diagnosticados e notificados a cada ano, a população adulta e o número de óbitos notificados anualmente também diminuiu, e o número estimado de pessoas a viverem com AIDS aumentou, o que faz com que a taxa estimada da prevalência do HIV/AIDS na população adulta consequentemente aumente. Compreende-se este aumento na medida em que a prevalência de uma doença num determinado país, como explicado anteriormente, é o resultado do número total de casos da doença num determinado ano, dividido pelo número da população do país no referido ano.

Já no Brasil, entre 2001 e 2011, além de haver uma diminuição no número de novos casos de AIDS diagnosticados e notificados anualmente, nota-se um aumento no número de óbitos por AIDS e no número da população adulta, revelando assim, uma diminuição na taxa estimada da prevalência do HIV na população adulta.

3.4. Conclusões acerca do desenvolvimento epidemiológico do HIV/AIDS, no Brasil e em Portugal

Mediante os dados obtidos através dos relatórios de vigilância epidemiológica do Brasil e de Portugal, entre 2001 e 2011, anteriormente expostos de modo comparativo, pode-se afirmar

que em relação aos casos de AIDS, em geral, os países têm um desenvolvimento epidemiológico semelhante.

Ambos os países têm a epidemia concentrada na população adulta com uma proporção entre homens e mulheres perto de 2:1; as duas principais formas de transmissão, dos casos de AIDS notificados no período em análise, são pela via heterossexual e homo/bissexual, sendo que esta última vem aumentando, desde 2008, enquanto o número de novos casos entre heterossexuais vem diminuindo, desde 2003, em ambos os países; o número de novos casos de AIDS vem diminuindo no período em análise; e a transmissão mãe/filho diminuiu no Brasil, enquanto em Portugal também, já sendo quase zero. Em relação à proporção de utilizadores de drogas injetáveis/toxicodependentes com AIDS, nota-se uma diminuição na proporção em ambos os países de aproximadamente 50%: em Portugal, entre 2003 e 2011, passou de, aproximadamente, 45% para menos de 20%, e no Brasil manteve-se abaixo de 10%, chegando a 4,5% em 2011.

Apesar de um desenvolvimento epidemiológico semelhante, percebem-se algumas diferenças significativas entre Brasil e Portugal ao observar-se o número de óbitos por AIDS, identificados no período em análise, em ambos os países. Enquanto em Portugal o número de óbitos por AIDS notificados vem diminuindo constantemente a partir de 2002, no Brasil vem aumentando desde 2006.

Entretanto, podemos perceber que, numa análise macro, as diferenças nas tendências das taxas estimadas da prevalência do HIV na população adulta nos países em análise podem ser explicadas pelo aumento demográfico da população adulta e das mortes por AIDS, inversamente proporcional ao aumento de novos casos. Ou seja, enquanto aumenta a população adulta e o número de mortes por AIDS, não aumenta o número de novos casos e a prevalência (que é soma do universo de pessoas que vivem com a doença em um determinado período, dividido pelo universo da população no mesmo período) conseqüentemente, diminuirá, como é o caso do Brasil. Entretanto, em Portugal, aconteceu o inverso, a população adulta aumentou e o número de mortes por AIDS diminuiu, e apesar do número de novos casos ter diminuído, não foi proporcional a diminuição da população, pelo que, a prevalência do HIV/AIDS aumentou em Portugal.

Apesar destes pontos de vista explicarem a diferença das tendências das taxas estimadas da prevalência do HIV na população adulta nos países em análise, estas podem não ser as únicas causas desta diferença, pelo que passa a ser necessário analisar estas políticas públicas sob outra perspectiva.

Numa nova perspectiva, a análise não deve ser tão ampla e generalista como apontaram as primeiras explicações reveladas, mas também não deve ser necessariamente

uma análise sobre as intervenções locais, ou as práticas quotidianas das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS em ambos os países. Isto porque as cidades têm também dinâmicas e formas de implementação destas políticas públicas distintas, em ambos os países. Pode-se exemplificar pela autonomia dada ao nível local através do Plano de Ações e Metas (PAM), onde, no caso brasileiro, cada município decide onde aplicar os recursos para o HIV/AIDS de forma autónoma, e que impulsionou a criação de Coordenações Municipais de HIV/AIDS subordinadas às Secretarias Municipais de saúde em todo o país, enquanto no caso português, a legislação não prevê esta autonomia, nem há órgãos públicos municipais especificamente constituídos para este fim. Obviamente, estas diferenças influenciam diretamente ações distintas nos níveis locais, o que não possibilitaria uma explicação para as distintas prevalências do HIV/AIDS nas populações adultas, nos países em análise, a nível nacional.

Deste modo, sugere-se que a forma como os PNA de cada país em análise percebem a influência internacional, proveniente das Metas da UNGASS, e a relação com dos grupos de interesse institucionalmente constituídos da sociedade civil, é distinta, contribuindo para que Brasil e Portugal tenham também distintos resultados nestas políticas públicas e nas tendências das taxas estimadas de prevalência do HIV na população adulta, no período em análise.

CAPÍTULO IV – ESTUDO DE CASO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE COMBATE AO HIV/AIDS NO BRASIL

O quarto capítulo da presente tese pretende revelar a experiência do PNA, enquanto instituição brasileira, e consequente autoridade nacional, responsável pela implementação das políticas públicas de enfrentamento ao HIV/AIDS, no período compreendido entre 2001 e 2010, recorrendo às teorias do neoinstitucionalismo sociológico e histórico. A partir da inserção desta política pública específica no contexto da política nacional de saúde, ou seja, neste caso, do SUS, até ao surgimento do PNA e das ações desempenhadas por este até 2000, realizar-se-á uma descrição da fase de implementação, fundamentada no modelo do *policy cycle* de análise da políticas públicas, da política pública de combate ao HIV/AIDS no Brasil, executada entre 2001 e 2010. Segundo Oliveira (2006:274) é a etapa de implementação “que vai levar aos resultados finais das políticas, programas ou projetos”.

Assim, afirma-se que no início da década de 1990, a epidemia da AIDS no Brasil crescia ao mesmo ritmo que na África do Sul. Os casos cumulativos de AIDS dobraram entre 1990 e 1992, passando de 25.000 para 51.000. No início da mesma década, analistas do BM previram que, até ao ano 2000, 1,2 milhões de brasileiros estariam infetados. Previa-se no Brasil, para o ano 2000, uma epidemia tão drástica e avassaladora quanto a dos países africanos. No entanto, esta previsão não se verificou (Grangeiro *et al*, 2009: 87).

Considerando a complexidade de análise das políticas públicas de saúde, em especial aquelas que se referem ao HIV/AIDS (que envolvem questões tão complexas, como os comportamentos sexuais dos cidadãos, como revelado anteriormente nesta tese), a presente análise será feita através da descrição de eventos e factos que demonstram a abordagem do PNA em relação à ação dos grupos de interesse da sociedade civil institucionalmente constituídos, bem como em relação à influência internacional no que respeita às Metas da UNGASS.

Objetiva-se, deste modo, neste capítulo, apresentar informações relevantes para as diferenças na implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS no Brasil e em Portugal, entre 2001 e 2010, que serão comparadas do capítulo VI desta tese.

A construção dos dados revelados a seguir, acerca do estudo de caso brasileiro, deu-se a partir da realização de entrevistas semiestruturadas realizadas com informantes privilegiados, sendo estes o atual diretor do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, três ex-diretores do mesmo PNA (que desempenharam funções entre 2003 e 2010) e o atual Presidente da ABIA (segunda ONG/AIDS criada no Brasil), que ocupava esta função durante toda a década entre 2001 e 2010. Para além da análise das entrevistas, procedeu-se à análise de documentos e bibliografia que revela indícios da atuação deste PNA no âmbito da

política pública de combate ao HIV/AIDS, junto aos grupos de interesse institucionalmente constituídos e à influência internacional, conforme propõe a presente tese. Recode-se, neste sentido, a questão norteadora, nomeadamente: “Como é que em países sujeitos à mesma influência internacional, possuidores de Programas Nacionais de Combate do HIV/AIDS e grupos de interesse institucionalmente constituídos, apresentam tendências tão distintas na taxa estimada de prevalência do HIV na população adulta?”.

4.1 Do SUS – Sistema Único de Saúde – ao Programa Nacional de DST e AIDS

A compreensão da intervenção do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais na fase de implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS no Brasil entre 2001 e 2010 depende também da compreensão acerca do sistema de saúde brasileiro, reconhecendo como surge e quais valores e princípios que fundamentam a ação do Estado não só na temática do HIV/AIDS, mas de toda a saúde. Neste sentido, pretende-se apresentar o desenvolvimento histórico do sistema de saúde brasileiro, desde a criação do SUS, até à institucionalização das estratégias nacionais de combate ao HIV/AIDS no Brasil, através do surgimento do chamado PNA – Programa Nacional de AIDS, o qual, desde 2009, tem o estatuto de Departamento.

4.1.1 As origens do SUS através do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira

No Brasil, entre 1897 e 1930, era o Ministério da Justiça e Negócios Interiores que tinha funções públicas relacionadas com a saúde, mantendo um órgão específico para estas questões, designadamente a Diretoria Geral de Saúde Pública. Até 1930 a oferta de assistência à saúde disponibilizada pelo Estado estava limitada à intervenção em saneamento e combate a endemias, fortemente influenciada pelo movimento sanitário. Nesta época o sistema de saúde brasileiro prestava apoio ao modelo económico agrário-exportador, o que garantia condições de saúde aos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho. Por sua vez, as campanhas de saúde eram dirigidas ao enfrentamento de endemias como a cólera, varíola, peste bubónica, entre outras. Gradativamente o Estado brasileiro foi assumindo obrigações financeiras na intervenção em saúde, ampliando a sua área de ação no carácter coletivo da intervenção em saúde. Entretanto, em 1930 é criado o Ministério da Educação e Saúde e as ações governamentais conduzem a um tipo de assistência médica individual (Paulus Jr e Cordoni Jr, 2006: 14).

Entre as décadas de 1930 e 1970 o Estado brasileiro expandiu a ação em saúde, criando em 1953 o Ministério da Saúde, que continuava responsável pelas ações de saúde coletiva, pela vigilância epidemiológica e sanitária e pela vacinação. A assistência médica individual ficava a cargo dos órgãos criados no período, vinculados às Instituições da Previdência Social do Estado brasileiro (idem: 15).

Segundo estudos realizados (Tanaka *et al*, 1992; Mendes, 1993) ao longo da década de 1970 foram criados órgãos governamentais centralizados tentando cumprir o papel sanitário do Ministério da Saúde e de assistência médica individual de instituições vinculadas à Previdência Social, construindo, assim, um modelo brasileiro de assistência médica de caráter privativo, assente no Estado como grande financiador, no setor privado nacional como maior prestador e no setor privado internacional como maior provedor de recursos.

Entretanto, nas décadas de 1970 e 1980, o Brasil passava por “significativas mudanças socioculturais marcadas pela conquista de liberdades individuais e pelo reconhecimento de direitos às populações socialmente marginalizadas” (Grangeiro *et al*, 2009: 87)

É neste contexto que, em 1976, é fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que marca o início da mobilização social que se convencionou chamar Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). O Movimento nasceu nos Departamentos de Medicina Preventiva e no Curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e rapidamente se expandiu entre os profissionais de saúde (Paulus Jr e Cordoni Jr, 2006: 16) e outros segmentos sociais tais como igrejas, setor privado, comunidades científicas e ONG (Grangeiro *et al*, 2009: 88).

Segundo os autores citados acima, o MRSB inseria-se na luta contra a ditadura militar (que se estendeu no Brasil até 1984). Além disto, o MRSB preconizava um novo modelo assistencial que destacava a importância da assistência primária de saúde em detrimento dos “históricos problemas de saúde pública no Brasil” (Grangeiro *et al*, 2009: 88), onde, entre outros problemas, se destacam: a baixa cobertura das ações assistenciais que abrangiam fundamentalmente os indivíduos com vínculo laboral; a existência de múltiplos sistemas de saúde que atuavam em âmbito federal, estadual e municipal; os altos custos com a saúde, mediante o aumento do setor privado na prestação de serviços; e a inexistência de articulação entre os níveis de atenção à saúde e às ações curativas e preventivas (Tanaka *et al*, 1992; Cordeiro, 2004; Grangeiro *et al*, 2009).

O MRSB foi o grande indutor de convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que reuniu 5.000 participantes (entre representantes do Governo, de usuários, de prestadores de serviços de saúde pública e privada, filantrópicas ou não) e produziu um

relatório que subsidiou decisivamente a Constituição Federal de 1988 (Paulus Jr e Cordoni Jr, 2006: 15). Nesta Conferência pode-se perceber a hegemonia do MRSB na organização do sistema de saúde brasileiro, cujas recomendações foram absorvidas pela Constituição Federal de 1988, que teceu as diretrizes para a criação do SUS (idem; Grangeiro *et al*, 2009). Ou seja, as discussões desta Conferência resultaram na formalização das propostas do MRSB, ensejando mudanças no sistema de saúde brasileiro, baseadas no direito universal à saúde, acesso igualitário, descentralização acelerada e ampla participação da sociedade, apontando ainda para a municipalização como forma de executar a descentralização (ibidem; idem).

Por fim, a VIII Conferência Nacional de Saúde finalizou os seus trabalhos anunciando um novo conceito de saúde vinculado diretamente ao direito de cidadania, propondo que este novo conceito deveria estar incluído na nova Constituição a ser implementada no país, como se pode constatar através de parte do relatório final da Conferência, no que diz respeito ao tema Saúde como Direito (Ministério da Saúde, 1987: 330): “A saúde é um direito fundamental e inalienável de todos e dever do Estado. (...) Em relação à saúde, todos são iguais, sem distinção de sexo, idade, raça, trabalho, credo religioso, convicções políticas ou de região do País que habite”.

Em resposta ao MRSB, a nova constituição do Brasil, promulgada em 5 de novembro de 1988, declarou o acesso à saúde como um direito humano e universal a ser provido pelo Governo (Brasil, 2012). Assim, destaca-se na Constituição o Título – Da Ordem Social, Capítulo I – Disposição Geral, Seção II – Da Saúde, Artigos 196º até ao 200º, onde o 196º estabelece que

(...) a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao seu acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação. (idem: 116).

De entre os demais artigos encontram-se as definições das regras do sistema de saúde, da sua fiscalização e controle, bem como a forma de organização do SUS, a ser implementado nos anos seguintes.

Percebe-se que na Constituição Federal de 1988 o conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência passou a ser concebida de forma integral (preventiva e curativa). Além disto, definiu-se a gestão participativa como importante inovação, assim como comandos e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo (Brasil, 2012: 116-118). Deste modo, a Constituição Federal de 1988 deu uma nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como um direito universal. A saúde passou a ser um dever constitucional de todas as esferas de governo sendo que antes era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado (Paulus Jr e Cordini Jr, 2006: 17). Para Ramos (2004: 1076)

A reforma sanitária e a consagração de seus princípios na Constituição de 1988 configuram (...) a primeira experiência brasileira de uma política social universalizante, configurando uma rutura pioneira no padrão de intervenção estatal no campo social moldado na década de 30 e até então intocado em seus traços essenciais.

Em conformidade com as deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde e com a Constituição recém promulgada, em 1990, foi criado o SUS com o objetivo de coordenar todos os serviços públicos de saúde e fornecer serviços gratuitos a todos. O sistema privado continuou a existir em paralelo com o sistema público (Arnquist, S.; Ellner, A. e Weintraub, R., 2011).

Para Paulus Jr e Cordoni Jr (2006: 17) as Leis 8.080/90 e 8.142/90 são singularmente relevantes para o novo modelo, uma espécie de estatuto da saúde no Brasil, ou como afirmam Sposati e Lobo (1992: 368), juntamente com a Constituição Federal de 1988, estas leis compõem “o arcabouço jurídico-legal que institui o direito à saúde no Brasil”. Tal como priorizava o MRSB, após a criação do SUS, os esforços do setor público mobilizaram-se em direção à mudança de um modelo de prestação de serviços de saúde centrado em hospitais, para um modelo com foco no atendimento ambulatorial, com ênfase nos cuidados básicos (Paulus Jr e Cordini Jr, 2006).

Deste modo, a Lei 8.080/90 sedimenta as orientações constitucionais do SUS. O SUS unifica todas as instituições e serviços de saúde e descentraliza as decisões, responsabilidades e os recursos financeiros, através das três esferas do governo, federal, estadual e municipal, ou seja, através do Ministério e das Secretarias Estaduais e Municipais de saúde, respetivamente. Esta divisão através de níveis de comando único propõe o atendimento integral à população através da prevenção de doenças, tratamento e/ou reabilitação das funções necessárias, igualmente fortalecidas, para o cumprimento de seu papel (Brasil, 1990a).

A Lei 8.142/90 (Brasil, 1990b) aborda o envolvimento da comunidade na condução das questões da saúde criando, em cada esfera de governo, como que instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas, nomeadamente o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS); o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); e as Conferências e os Conselhos de Saúde, respetivamente.

De referir que as Conferências, instaladas de quatro em quatro anos, têm a participação de vários segmentos sociais e nelas são definidas as diretrizes para a formulação da política de saúde nas respetivas esferas de governo.

Já os Conselhos são criados para o acompanhamento das ações de saúde, com a participação de representantes de usuários em geral, representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais da área, atuando tanto na formulação de estratégias, quanto no controle e execução de políticas de saúde determinadas para o SUS. Funcionam

permanentemente com poder de decisão, com condição de igualdade de condições com os demais segmentos compostos, contribuindo para a formulação de estratégias de funcionamento e controle da execução de políticas de saúde sob a responsabilidade do SUS, e até mesmo sob aspectos econômicos e financeiros, para exercer o controle do mesmo, pois esta Lei também define as transferências de recursos financeiros diretamente de fundo a fundo sem a necessidade de convênios, como por exemplo, as transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para Fundos Estaduais e Municipais. Os Conselhos têm outra característica importante, nomeadamente a sua atribuição, pelo que uns são consultivos e outros são deliberativos. Os Conselhos deliberativos, cuja atribuição é deliberar, estão mais sujeitos a pressões e influências externas nas suas decisões.

Mesmo considerando que esta Lei fortaleceu a organização e controle popular do SUS (Sampaio e Araújo Jr, 2006), vale a pena reforçar que os Conselhos, apesar de terem poder estatutário, tem a sua influência dependente do Estado e da cidade a que correspondem (Sposati e Lobo, 1992; Grangeiro *et al*, 2012; Vieira *et al*, 2013)

A partir da análise da Constituição Federal (Brasil, 2012) e das Leis 8.080/90 e 8.142/90 (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b) nota-se que o sistema de saúde brasileiro foi organizado em dois subsistemas: o SUS, financiado com recursos públicos, e o sistema complementar de atendimento médico privado. O SUS tornou-se o principal financiador e fornecedor de serviços de saúde para três quartos dos brasileiros. Os demais, formados pela população mais rica e localizada principalmente nas áreas urbanas das regiões sul e sudeste, compraram seguros de saúde privados e obtiveram acesso a médicos e hospitais particulares, mantendo, no entanto, o direito de aceder aos serviços de saúde do sistema público.

4.1.2 Os pressupostos da política de saúde brasileira

Seis princípios regem o desenvolvimento do SUS: universalidade (a saúde é um direito de todos); integralidade (a atenção à saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos, tanto os individuais quanto os coletivos); equidade (todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde); participação da comunidade (controle social exercido pelos usuários por meio de conferências e conselhos em todos os níveis); descentralização político-administrativa (o SUS existe e atua nos níveis nacional, estadual e municipal); e hierarquização e regionalização (serviços de saúde divididos em níveis de complexidade) (Simão e Barbosa, 2010: 68).

Numa perspectiva Neoinstitucionalista, estes princípios contribuem para a disseminação e sedimentação dos valores, práticas e recursos envolvidos nesta política pública de saúde. Isto, sobretudo, quando percebemos os princípios intrínsecos ao SUS e,

consequentemente, os seus reflexos nas temáticas específicas das políticas públicas de saúde, como é o caso do combate ao HIV/AIDS.

O princípio da participação da comunidade (do controle social) é realizado em todos os níveis da governança mediante os Conselhos de Saúde que, como dito anteriormente, ajudam a estabelecer as políticas orçamentais e programáticas. No entanto, a participação como um direito não tem sido garantia de sua efetivação, ou seja, não basta ter direito a participação para que o controle social seja efetivado, é necessária a efetiva ação junto às instancias de controle social institucionalizadas pela Lei 8.080 (Veiga, 2007).

Entretanto, percebe-se que existem desafios para a efetivação da participação social, pois apenas a garantia legal da existência desses espaços não avaliza sua real concretização como instâncias de participação e controle social (Vieira *et al*, 2013). Para Guizardi (2009), a participação política, para ser efetiva na definição e gestão das políticas públicas de saúde, não depende apenas da existência formal das instâncias de controle social. O princípio de participação da comunidade supõe que a constituição da política seja porosa às demandas, realidades e ações dos diferentes agentes e grupos sociais, possibilitando não somente a atualização das formas já instituídas do direito à saúde, mas também a expressão de seus movimentos constituintes. Sobre os conselhos de saúde locais, Vieira *et al* (2013), afirmam que tais espaços fortalecem o exercício da democracia ao intermediar a luta por direitos, fazendo dos sujeitos protagonistas no processo histórico de condução de seus destinos.

Nota-se na apreciação à legislação em análise (Brasil, 1990a; e Brasil, 1990b) que a governança do SUS deve ser descentralizada, com um centro de comando único nas esferas federais, estaduais e municipais. Ao nível federal, o Ministério da Saúde desenvolve e implanta políticas nacionais. Nos Estados, as Secretarias de saúde distribuem os recursos para os municípios e coordenam diretamente alguns hospitais e serviços médicos oferecidos pelas universidades. As Secretarias de saúde municipais organizam e prestam a maior parte dos serviços de saúde. E autoridades eleitas nomeiam os administradores dos serviços públicos de saúde. Levcovitz *et al* (2001) ao analisarem a política de saúde nos anos 1990, através da implementação do SUS, afirmam que, apesar das dificuldades, houve avanços no modelo de descentralização adotado pela política de saúde em direção à municipalização da gestão. Este avanço deu-se, sobretudo, pela edição das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB) (Brasil, 1991; Brasil 1993; e Brasil, 1996), um importante instrumento de regulação do processo de descentralização no Brasil, um país com um modelo federalista ainda em definição e com um sistema tributário relativamente centralizado. A partir das NOB, o nível federal ampliou o seu poder indutor e regulador ao introduzir novos mecanismos de transferência vinculados às ações e aos programas assistenciais. Posteriormente, as NOB

deram origem ao PAM, o qual será discutido a seguir, pois financia as principais ações de HIV no Brasil a partir de 2000.

Paulus Jr e Cordoni Jr (2006) afirmam que as NOB editadas pelo Ministério da Saúde em 1991, 1993 e 1996 também devem ser destacadas pela sua importância na orientação do novo modelo, inclusive nos aspectos do financiamento. Para estes autores, foi particularmente importante as NOB de 1996, a qual promoveu a descentralização através da definição de modalidades de gestão (embora só implementada em 1998). A modalidade mais avançada, denominada Gestão Semiplena, alargava as possibilidades de autonomia administrativa para a gestão dos recursos financeiros da União Federal repassados aos municípios. Para os autores esta modalidade resultou numa maior capacidade de planeamento para os municípios.

Em 13 de setembro de 2000 foi promulgada a Emenda Constitucional 29 (Brasil, 2000), com o objetivo de definir a forma de financiamento da política pública de saúde de maneira vinculada à receita tributária. Esta Emenda altera os Artigos 34º, 35º, 156º, 160º, 167º e 198º da Constituição Federal e acrescenta um Artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Deste modo, nota-se que o financiamento do SUS passou a ser garantido constitucionalmente. A base vinculável é composta pelos impostos pagos, deduzidas as transferências entre governos.

4.1.3 O surgimento do HIV/AIDS na política de saúde brasileira

Até ao momento debateu-se o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, porém ainda não se referiu a política pública de combate ao HIV/AIDS.

Em primeiro lugar, importa notar o crescimento do MRSB no início da década de 1980, em grande medida pela junção de um forte ativismo social, decorrente da fragilização do regime militar brasileiro, da luta pela redemocratização, e da vinculação existente entre AIDS e homossexualidade (Ramos, 2004, Pereira e Nichiata, 2011). Assim, mediante o intenso processo de redemocratização política e do surgimento dos primeiros casos de AIDS, se constituiu no principal arcabouço da política de AIDS desenvolvida em âmbito governamental, contribuindo para fundamentar seus princípios e diretrizes (Ramos, 2004; Souza *et al*, 2010; Pereira e Nichiata, 2011).

A importância de se ter revelado o papel do MRSB na criação do SUS deve-se à consonância entre o momento da redemocratização e o surgimento dos primeiros casos de AIDS e constitui parte da explicação para a inserção dos princípios do SUS nas políticas públicas de combate ao HIV/AIDS no Brasil e à sua consequente institucionalização no PNA brasileiro, como notar-se-á mais adiante neste capítulo.

Os primeiros casos notificados de AIDS no Brasil surgiram em São Paulo, em 1982, vindo a seguir, no mesmo ano, as notificações registadas no Estado do Rio de Janeiro. A criação do primeiro programa governamental de AIDS acontece também em São Paulo, em 1983, anterior ao próprio surgimento do Programa no nível federal. Nesse Estado é formada, ainda, a primeira ONG brasileira de AIDS, o Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS (GAPA), em 1985 (Galvão, 2002). É importante mencionar que a organização do Programa Estadual de São Paulo foi a resposta dada pela Secretaria de Saúde aos questionamentos vindos de um grupo de militantes do movimento homossexual, que exigia um posicionamento do governo para o controle desta epidemia (Correa *et al*, 2011). Os extintos grupos gay “Somos” e o “Outra Coisa” de São Paulo (este último já realizando trabalhos desde 1983), seguidos pelo “Grupo Gay da Bahia”, foram as primeiras manifestações iniciais da sociedade civil que se pronunciaram e agiram contra a epidemia da AIDS (Galvão, 2002), caracterizando-se como primeiros grupos de interesse institucionalmente constituídos.

Entretanto, em 1985, quando centenas de casos de AIDS já tinham sido detetados no Brasil, o Ministério da Saúde finalmente veio a público reconhecer a gravidade do problema para a saúde pública brasileira. No dia 2 de maio daquele mesmo ano, através da portaria 236, o Ministro da Saúde (1985) estabelece as diretrizes para o Programa de Combate à AIDS estabelecendo as primeiras normas para o enfrentamento da epidemia no país, assumindo a AIDS como um problema emergente de saúde pública (Souza *et al*, 2010), dando assim origem ao PNA brasileiro.

No mesmo ano o Ministério da Saúde criou a Comissão Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais (CNAIDS), para orientar a resposta, oferecendo consultoria e apoio científico, técnico e político. A comissão era composta por membros da sociedade civil, do governo e acadêmicos. Foi procurada assistência técnica entre especialistas em saúde pública nos EUA para controlar o suprimento de sangue para doações no Brasil, estabelecer critérios de diagnóstico da AIDS e desenvolver o laboratório nacional e os sistemas de vigilância. A Comissão Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais também se tornou um importante veículo para o controle social, isto é, para a participação pública (Simão e Barbosa, 2010: 29), e até hoje mantém as suas competências.

Recorde-se que, no início da década de 1990, a epidemia da AIDS no Brasil crescia ao mesmo ritmo que na África do Sul e analistas do BM previram que, até ao ano 2000, no Brasil, haveria uma epidemia tão drástica e avassaladora quanto a dos países africanos, o que entretanto não se efetivou (Grangeiro *et al* 2009).

Até meados da década de 1990, o Programa de Controle da AIDS de São Paulo continuou a ser o centro da resposta brasileira à AIDS. Lá, a sociedade civil organizada de maneira sofisticada pressionou duramente o governo para expandir os serviços de

tratamento e prevenção. Entretanto, segundo Pedro Chequer, ex-Diretor do Programa Nacional de DST e AIDS e ex-representante do UNAIDS no Brasil, os primeiros programas de controle da AIDS foram desenvolvidos como uma resposta emergencial, em que os líderes se movimentaram rapidamente e aprenderam com a experiência. Em entrevista para a tese Chequer (2014) afirma que

Não havia conhecimento sobre o que fazer e como lidar com o problema. (...) de grosso modo, se a gente entende que a epidemia tem fortes determinantes estruturais, eu não acho que é difícil interpretar um certo sucesso no controle da epidemia no Brasil, como uma reflexão de algumas tendências históricas em termos desses determinantes estruturais.

A realidade parece apontar para o sucesso desta política pública, muito em consequência do próprio desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil, através do SUS e como consequência do MRSB.

Segundo Correa *et al* (2011), fundamentando-se no exemplo de São Paulo, em 1992, o diretor do PNA trabalhou em conjunto com os líderes da sociedade civil a fim de conseguir um empréstimo do BM para financiar projetos relacionados à AIDS. Em 1993, o PNA assinou o acordo de empréstimo com o BM, o AIDS I. Entre 1994-1998, já sob as novas regras do AIDS I, houve uma mudança de estratégia no sentido de expandir as ações de prevenção e travar a expansão da epidemia. Por outras palavras, o PNA reconhecia que não era suficiente intervir apenas nas localidades ou nos grupos que já apresentavam altas taxas de prevalência, fazendo-se necessário ampliar as medidas de prevenção para toda a população potencialmente em risco. O projeto de US\$ 250 milhões, com prazo de cinco anos, denominado AIDS I, entrou em vigor em 1994 e apoiou uma vasta expansão dos serviços de prevenção e tinha como alvo as populações de alto risco. Reconhecendo as limitações governamentais para alcançar as populações marginalizadas, o PNA contratou ONG em todo o Brasil com o objetivo de oferecer serviços de prevenção.

Desta maneira, o PNA evitou governos estaduais e municipais conservadores e financiou programas mais controversos que incluíam: educação e empoderamento de profissionais do sexo; programa de troca de agulhas para usuários de drogas; paradas gays; distribuição de preservativos em conjunto com campanhas de conscientização durante o período do carnaval, etc.. Também o influxo de novos recursos financeiros para a AIDS alimentou a rápida expansão de ONG relacionadas com a epidemia, em que menos de 50 na década de 1980, cresceram para mais de 500 em 2000 (Grego e Simão, 2007).

Em 1995, o total anual de mortes por AIDS no Brasil alcançou o recorde de 15.150 (Arnquist *et al*, 2011). Nos países com economias avançadas, a Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (HAART) mostrou-se eficaz no aumento da sobrevivência dos pacientes com AIDS (Galvão, 2002). Porém, apenas São Paulo e alguns outros Estados brasileiros forneciam HAART gratuitamente para todos os pacientes. Organizações da sociedade civil,

de entre as quais merecem destaque o GAPA, a ABIA e o Grupo Pela Vidda, tiveram uma importância decisiva no estabelecimento das políticas de prevenção e assistência (Teixeira, 2003; Ramos, 2004), defendendo o acesso universal ao tratamento antiretroviral (ARV) com base no direito constitucional à saúde. Fundamentadas nesse argumento, as pessoas a viver com o HIV/AIDS podiam processar o governo legalmente por não fornecer drogas ARV, nem tratamento para as infecções oportunistas. As decisões judiciais a favor das pessoas a viver com o HIV/AIDS, em conjunto com o ativismo crescente desempenhado, sobretudo, pelas referidas organizações da sociedade civil, abriram caminho para a criação e implementação da Lei federal, aprovada em 1996, Lei nº 9.313, de 13 de novembro, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de AIDS (Brasil, 1996b), garantindo o fornecimento de ARV a todos os pacientes com AIDS que atendessem aos critérios nacionais para tratamento (indivíduos com contagem de células T-CD4 igual ou inferior a 2000/mm³).

Assim, naquele ano, o Brasil tornou-se o primeiro país em desenvolvimento a oferecer tratamento ARV com financiamento público, ao acesso de todas as pessoas com o HIV/AIDS (Galvão, 2002; Galvão, 2002a; Fonseca e Bastos, 2007; Grangeiro *et al*, 2009), mesmo contra orientações da ONU, que afirmava que os países em desenvolvimento deveriam enveredar esforços na prevenção e não no tratamento, considerando os recursos limitados destes países (Grangeiro *et al*, 2009). Neste segmento, o BM e a OMS advertiram o Brasil sobre os riscos para a sustentabilidade das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS que poderiam surgir após esta Lei (Buss e Gadelha, 1996; Berkman *et al*, 2005).

Entre 1998 e 2000, já sob o acordo AIDS II, segundo Correa *et al* (2011) o marco dos direitos humanos foi incorporado de maneira consistente nas estratégias brasileiras de resposta à epidemia do HIV. Outra decisão crucial foi definir que os projetos de prevenção seriam implementados diretamente pelas ONG, já que o Ministério da Saúde e o BM estavam convencidos de que estas tinham mais capilaridade para alcançar grupos vulneráveis e maior flexibilidade para o trabalho no nível local, mantendo o Programa Nacional a responsabilidade de definir estratégias políticas e normativas. A transferência de recursos financeiros para as ONG foi implementada através de editais e concorrências públicas para apresentação de projetos, a serem avaliados por uma comissão externa. Desde então, um amplo leque de ONG de todo o país, inclusive grupos e associações de prostitutas, homossexuais, utilizadores de drogas injetáveis, travestis, entre outros, passaram a implementar projetos de prevenção do HIV/AIDS (Fonseca e Bastos, 2007).

Entretanto, no início de 2000, foi intensificado o processo em curso de descentralização dos programas de HIV/AIDS para os níveis estaduais e municipais, em conformidade com as normas e a lógica do SUS (Parker, 2009). Mesmo com os possíveis

constrangimentos que a administração pública local poderia apresentar, que foram evitados na década de 1990, através do repasse de recursos do PNA diretamente às ONG, neste momento, em função da necessidade de implementação do processo de descentralização, foram efetivados os repasses para os Estados e municípios, e estes para as ONG, como perceber-se-á mais adiante.

Todo o atendimento e tratamento eram providos gratuitamente pelo SUS e fornecidos em centros de saúde especializados no atendimento ambulatorial de pacientes com HIV e em hospitais especializados em doenças infecciosas. O PNA supervisionava um sistema nacional de laboratórios e a cadeia de suprimento dos ARV – desde a negociação de preços à distribuição e monitorização. Os Estados e os municípios administravam a oferta dos serviços de saúde. Os recursos do PNA cobriam os custos com os ARV, mas quase todas as outras despesas com atendimento e tratamento eram cobertas com recursos provenientes do SUS, nos seus diversos níveis (Arnquist *et al*, 2011).

Em 2000, a epidemia do HIV havia-se estabilizado e apresentava indicadores similares aos encontrados nos EUA e na Europa Ocidental, sendo que as taxas mais altas da infecção concentravam-se nos grupos de alto risco, como os homens gays, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, com prevalência estimada do HIV na população adulta abaixo de 1%, o que caracteriza o cenário de epidemia concentrada. Neste ano reportava-se um total de 15.013 casos de AIDS e 3.425 óbitos pela doença (Ministério da Saúde, 2001).

Após esta apresentação sobre o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, o surgimento do Programa Nacional de DST/AIDS e a inserção deste Programa no SUS até ao ano 2000, a seguir será dada ênfase ao processo de implementação no período compreendido entre 2001 e 2010.

4.2 A implementação da política pública de combate ao HIV/AIDS no Brasil (2001 – 2010)

Como revelado no capítulo I, para Frey (2000), é possível adotar, na análise da fase de implementação de políticas públicas, uma abordagem que visa perceber as estruturas político-administrativas e a ação dos atores envolvidos, sendo que “(...) o que está em primeiro plano é o processo de implementação, isto é, a descrição do ‘como’ e da explicação do ‘porquê’” (idem: 228). Deste modo, ainda segundo o autor, de maneira indutiva e empírica descreve-se o que acontece, que atores atuam e com que motivações e resultados.

Assim, a análise que se segue, acerca da implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS desenvolvido no Brasil, entre 2001 e 2010, pretende perceber i) como

é que esta política se adequa aos princípios do SUS; ii) a forma como se dá o envolvimento entre as ONG/AIDS e os gestores do PNA; iii) se os gestores de primeiro escalão têm o poder decisório e os demais atores são vistos como “meros” implementadores ou se os implementadores da política são convocados a pensar e decidir sobre a mesma, como questionam Sampaio e Araújo Jr (2006); e por fim, iv) como é que age a instituição responsável pela política pública de combate ao HIV no Brasil, em função da influência internacional proveniente das Metas da UNGASS, seguindo assim a abordagem proposta por Frey (2000).

Recorde-se que o atual PNA, foi criado em 1985 (Brasil, 1985), sob o título de Programa de Controle da AIDS, pelo Ministério da Saúde, e tornou-se, segundo diversos autores, uma referência mundial na prevenção, no tratamento e na atenção dada à AIDS e a outras DST (Galvão, 2002; Grangeiro *et al*, 2009; Pereira e Nichiata, 2011).

4.2.1 O processo de Descentralização do PNA

Embora o PNA brasileiro tenha sido, desde a sua criação, altamente centralizado, os seus gestores procederam, a partir de 2000, às primeiras iniciativas de descentralização (Fonseca *et al*, 2007). De facto, o PNA reproduzia os princípios preconizados pelo SUS, mas com resiliência na implementação do princípio da descentralização.

Em 2001, todos os Estados e centenas de cidades já tinham seu próprio programa de combate à AIDS, na maioria financiados pelas receitas de impostos locais. O PNA fornecia assistência técnica e financeira para todos os Estados e 150 cidades e continuou a financiar projetos de ONG diretamente de Brasília, o que lhes permitia investir nas suas prioridades. Entretanto, a monitorização de centenas de projetos exigia muito tempo aos funcionários públicos. Em particular, os funcionários que trabalhavam em Brasília reconheceram que nem sempre sabiam o que era necessário em nível local. Assim, em 2001, os líderes do PNA decidiram abraçar o princípio da descentralização do SUS e planejaram a transferência de controles financeiros e administrativos para as Secretarias estaduais e municipais. De acordo com Arnquist *et al* (2011, s/página), o Dr. Paulo Teixeira, Diretor do PNA em 2001 e fundador do Programa de AIDS do Estado de São Paulo, considerava que o controle centralizado em Brasília tinha sido fundamental para sua expansão nos primeiros anos, quando o sistema de saúde brasileiro era frágil. Contudo, tornava-se necessário um maior controle ao nível local porque o Ministério da Saúde em Brasília fica muito distante do processo de desenvolvimento, execução e criação dos projetos.

Entretanto, segundo Fonseca *et al* (2007) um novo arranjo institucional do PNA começou a ser delineado no ano de 2002 e um novo contrato foi estabelecido com o BM, o

AIDS III, com duração de três anos. O valor do projeto foi de US\$ 100 milhões, com uma contrapartida equivalente do governo brasileiro. As metas deste acordo enfatizaram a descentralização do financiamento e da administração das atividades do programa para Estados e municípios, em consonância com a política nacional de saúde. Os recursos do PNA passaram a ser efetivamente transferidos para os 27 Estados e para 424 dos mais de 5 mil municípios brasileiros, localidades onde a epidemia de AIDS estava concentrada.

Com isto, o financiamento passou a ser transferido diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde (transferências fundo-a-fundo), respeitando a lógica da legislação do SUS (Brasil, 2002a; Brasil, 2002b). Foi adotado o modelo de “incentivo”, um mecanismo de repasse regular de recursos às Secretarias estaduais de saúde e a mais de 480 Secretarias de saúde dos municípios prioritários para o controle da epidemia, uma vez que já havia recursos sendo transferidos fundo-a-fundo para algumas ações de controle do HIV/AIDS. Este mecanismo permitiu a pactuação de PAM entre os gestores do SUS, respeitados os diferentes graus de autonomia e capacitação desses níveis governamentais, a flexibilidade necessária face à extensão e heterogeneidade territorial, bem como as diferentes características e complexidades de que a epidemia da AIDS se reveste nas várias regiões e localidades do país (Fonseca *et al* 2007; Grangeiro *et al*, 2012). Além do financiamento das ações relacionadas com a prevenção, diagnóstico e assistência em HIV/AIDS, esta estratégia destinou-se ao fortalecimento da gestão dos programas locais, aumentando a autonomia para o planejamento e implementação das ações, com participação social (Brasil, 2002a).

Tendo em conta as características que a epidemia assumiu nos últimos anos no território nacional, bem como os avanços e o processo de desenvolvimento da Política Nacional de Saúde, o PAM deveria estar em consonância com o Plano Estadual de Saúde, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual e, em função desta consonância pretendida, passou a ser o instrumento utilizado pelas Secretarias estaduais e municipais de saúde para a qualificação dos gestores no recebimento do incentivo, possibilitando a integração dos planos e metas locais à política nacional de controle da epidemia de AIDS (Ministério da Saúde, 2002). As seleções públicas para projetos das organizações da sociedade civil passaram a ser da responsabilidade exclusiva das Secretarias estaduais de saúde, que devem repassar 10% dos recursos transferidos para projetos das organizações da sociedade civil, obedecendo a critérios referentes às características epidemiológicas, geográficas e demográficas das diferentes localidades, levando-se ainda em conta a factibilidade e o custo-efetividade dessas ações.

Entre 2001 e 2003, o PNA liderou este processo de planejamento da descentralização através de oficinas e reuniões com inúmeros interessados, incluindo acadêmicos, líderes de

ONG e autoridades governamentais em todos os níveis. Todos os níveis do SUS adotaram a política da descentralização em 2003 e o PNA iniciou sua implementação em 2004. Os três principais objetivos da política eram: i) transferir a responsabilidade pelo financiamento e monitorização dos projetos das ONG para os Estados; ii) melhorar a integração dos programas do HIV/AIDS no SUS em todos os níveis; e iii) construir a capacidade local do programa e promover a comunicação entre os governos locais e as ONG (Arnquist *et al*, 2011).

Entretanto, o fortalecimento dos programas estaduais e municipais exigia que o PNA cedesse muito do controle sobre o estabelecimento de prioridades e a entrega de serviços, mas a mudança era necessária para garantir a sustentabilidade a longo prazo. O Programa Nacional de Controle da AIDS transferiu 10% do seu orçamento para os 26 Estados, o Distrito Federal e 480 municípios. Essas cidades representavam 60% da população e 90% dos casos de AIDS. Fundos foram alocados com base na prevalência da AIDS na região, na taxa de crescimento da epidemia e na força do programa. Cada Estado e cidade ficou com a responsabilidade de destinar a mesma quantia recebida com recursos próprios, mas os investimentos locais variaram (Fonseca *et al*, 2007; Grangeiro *et al*, 2012).

Os PAM tornaram-se a ferramenta administrativa básica do PNA. Os PAM eram acordos com base em resultados descrevendo como é que os programas estaduais e municipais investiriam os recursos federais transferidos para alcançar as metas estabelecidas. Os PAM deveriam ser específicos o suficiente para atender às necessidades de cada comunidade, mas teriam que incorporar as orientações nacionais relacionadas à vigilância, prevenção, tratamento e direitos humanos. Cada Estado e município tinha que atualizar anualmente seu PAM e as metas específicas, mensuráveis, apropriadas, realistas e temporais com data final marcada (Brasil, 2002a; Brasil, 2002b).

O PAM possui um sistema de monitorização que acompanha o alcance das metas propostas, a execução financeira do plano, o cumprimento das pactuações para aquisição de medicamentos e preservativos e a evolução de indicadores relacionados às ações de controle do HIV/AIDS. Quadrimestralmente o instrumento de acompanhamento de metas é preenchido, de acordo com as metas programadas no respectivo PAM, e encaminhado ao PNA até 30 dias após o encerramento do quadrimestre em questão. Desde 2004, a monitorização dos PAM é da responsabilidade das instâncias envolvidas, sendo que ao nível federal está a cargo do PNA e ao nível local a cargo de Estados e municípios. O sistema de monitorização foi aprovado pela Portaria nº 1.679/04 e é alimentado eletronicamente, sendo as informações abertas à consulta pública. As informações prestadas em relação ao cumprimento das metas programadas são analisadas pelo PNA e, ao final do período de 12 meses, os Estados que não alcançam as metas previstas no PAM e não apresentam

qualquer justificativa, seja através do sistema de monitorização ou no momento do encerramento do período, estarão sujeitos às penalidades previstas, ou seja, bloqueio do repasse de recursos em desqualificação para o recebimento do incentivo (Brasil, 2004). Neste sentido, entende-se por bloqueio a interrupção do repasse da(s) parcela(s) do incentivo, de carácter temporário, determinado por uma situação específica, em que, regularizada a situação determinante, o respectivo gestor de saúde fará jus ao recebimento dos recursos retroativos ao período em que ficou bloqueado.

Entretanto, um programa estadual poderia, na situação oposta, receber um bônus até US\$ 100.000, caso vários requisitos fossem alcançados, tais como a realização de 100% das metas dirigidas aos grupos de alto risco e a transferência de fundos para ONG por meio de processo licitatório. As cidades também poderiam receber um bônus até US\$ 50.000, caso alcançassem metas similares. Além disso, a cada dois anos ofereceu-se um bônus nacional por inovação (Fonseca *et al*, 2006).

Entre 2004 e 2009, o PNA continuou a implantar o processo de descentralização, também chamado de “política de incentivos”. A implementação foi irregular, com alguns estados e municípios a assumir a autonomia financeira adicional, enquanto outros apresentavam dificuldades para fazê-lo. Conforme afirma o Dr. Richard Parcker, presidente da ABIA ao longo da década compreendida entre 2001 e 2010, em entrevista para esta tese

A maneira como seria feita a transferência dos recursos financeiros e como se daria a responsabilidade pelas políticas públicas de AIDS para as instâncias municipais e estaduais não estavam muito bem desenvolvidas ou esclarecidas quando as novas regras entraram em vigor em 2004. E também, como a maioria das ONG trabalhava diretamente com o PNA, seus vínculos e abordagens com os gestores locais para a AIDS eram muito frágeis. No caso do Brasil, ao nível das políticas, a maneira que o planeamento e o detalhamento de políticas de enfrentamento da epidemia acontece, tanto no nível federal, nível estadual ou municipal, estas discussões são muito distintas, em termos de enfrentamento da epidemia. (Parker, 2014).

Em 2009, o Ministério da Saúde formalizou a estrutura do PNA, elevando o seu estatuto administrativo a Departamento, através do Decreto nº 6.860, da Presidência da República, ligado à SVS do Ministério da Saúde, e reforçando a importância política do tema para o país (Simão e Barbosa, 2010). Entretanto, em relação a esta alteração de *status*, o ex-Diretor do PNA, Dr. Pedro Chequer, que exerceu este cargo de 1996 até o ano 2000 e voltou no período entre 2004 e 2005 tem opinião contrária. Em entrevista para a presente tese afirma que

A década compreendida entre 2001 e 2010 representou uma progressiva perda de autonomia política do PNA. Ele tinha uma autonomia política muito grande e com o facto de virar Departamento, o que foi em princípio visto como um grande logro, na realidade foi um retrocesso, porque o programa passou a ter uma subordinação muito grande à Secretaria da Vigilância, perdeu autonomia na Comunicação, nas publicações, e a autonomia de ‘gerir a

casa', e nunca mais recuperou essa autonomia, e esta perda de autonomia é agravada pela política retrógrada e conservadora do Palácio do Planalto. (Chequer, 2014).

Observa-se, assim, que o PNA é responsável por estabelecer as diretrizes da política nacional de combate à AIDS, apoiando Estados e municípios no planejamento, implementação, monitorização e avaliação das ações (Brasil, 2009). Além disso, o Ministério da Saúde promove e articula políticas intersectoriais de governo para a promoção dos Direitos Humanos das pessoas que vivem com HIV/AIDS e das populações vulneráveis. A política nacional de saúde no Brasil é liderada pelo Ministério da Saúde, a quem cabe a efetivação das articulações multissetoriais de interesse da área. Trata-se de um sistema descentralizado com comando único em cada esfera de governo. No Ministério da Saúde, é o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais que coordena a política nacional de enfrentamento à epidemia. Em sintonia com a política nacional, Estados e municípios mantêm na sua estrutura instâncias de coordenação e mobilização local (Simão e Barbosa, 2010).

Ao longo da descrição realizada até ao momento acerca da implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS no Brasil nota-se que o processo de institucionalização dos princípios do SUS no PNA brasileiro torna-se efetivo e é consequente do MRSB. Entretanto, e considerando que, entre os atores envolvidos nas políticas públicas de saúde, os ocupantes de cargos de decisão têm especial relevo, pretende-se, a seguir, perceber qual a sucessão presidencial no período compreendido entre 2001 e 2010 no Brasil. Com isto, pretende-se perceber se a recente estabilidade nos ciclos políticos do Brasil se reflete também no PNA brasileiro durante a década em análise.

4.2.2 Sucessões de mandatos, na saúde e no PNA brasileiro entre 2001 e 2010

Durante os dez anos que compreende o período de análise proposto para investigar a fase de implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS no Brasil, ou seja, entre 2001 e 2010, o país teve apenas dois diferentes Presidentes, democraticamente eleitos.

Entre 1 de janeiro de 1995 e 31 de dezembro de 2002 o cargo de Presidente da República do Brasil foi ocupado, por dois mandatos, por Fernando Henrique Cardoso, do PSDB – Partido Social Democrata Brasileiro. No período compreendido entre 31 de março de 1998 e 20 de fevereiro de 2002, ocupava o cargo de Ministro da Saúde José Serra e, nos último 10 meses, visto José Serra deixar o Ministério da Saúde para concorrer às próximas eleições presidenciais, assumiu esta pasta Barjas Negri. Durante o segundo mandato de Fernando Henrique Cardoso, desempenhava funções como Coordenador do PNA brasileiro, nos anos 2001 e 2002, até ao fim do mandato deste presidente, o Dr. Paulo Ricardo Teixeira.

Que ocupara esta função em substituição ao Dr. Pedro Chequer, que passou, em 1999, a desempenhar funções no UNAIDS.

Depois de 8 anos de mandato de Fernando Henrique Cardoso, e após disputar pela quarta vez a presidência pelo PT – Partido dos Trabalhadores, nas eleições de outubro de 2002, Luís Inácio Lula da Silva é eleito como Presidente. Este assume o mandato no dia 1 de janeiro de 2003 e mantém-se no cargo durante dois mandatos, cessando funções em 31 de dezembro de 2010, após 8 anos. Durante o primeiro mandato desempenharam funções de Ministro da Saúde Humberto Costa, José Saraiva Felipe e José Agenor Silva. Este último iniciou funções aquando do segundo mandato de Lula, no ano 2007, mas deixa o cargo em março do mesmo ano. Segue-se José Gomes Temporão, que assume o cargo até ao fim do mandato de Lula.

Durante o primeiro mandato de Lula assume funções de Diretor do PNA brasileiro o Dr. Alexandre Grangeiro o qual, na gestão do Dr. Paulo Ricardo Teixeira, era responsável pela Unidade de Prevenção do PNA brasileiro, mantendo funções até dezembro de 2003. A seguir, entre Janeiro de 2004 e 2005, volta a ocupar o cargo de Diretor do PNA brasileiro, a pedido do Governo Lula ao UNAIDS, o Dr. Pedro Chequer, que se mantém em funções até o fim de 2005. Assim, em 2006, as funções de Diretora do PNA são atribuídas à Dra. Mariângela Batista Galvão Simão, que ocupava, na altura, o cargo de responsável pela Unidade de Cooperação Internacional do PNA. Esta mantém-se em funções até ao fim do mandato de Lula, quando é convidada a ingressar na equipa do UNAIDS em Genebra, em dezembro de 2010.

Apesar de Lula deixar a presidência em 31 de dezembro de 2010, o PT volta a eleger o presidente do Brasil, neste caso, a primeira mulher a assumir o cargo no Brasil, Dilma Rousseff. Desde que assume o seu mandato, e até fevereiro de 2014 (ano de novas eleições presidenciais), Dilma Rousseff nomeia para o cargo de Ministro da Saúde Alexadre Padilha. No cargo de Diretor do PNA assume José Dirceu, que ocupa funções até 2013, ano em que passou a assumir o atual Diretor do Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais (atual nome do PNA brasileiro), Dr. Fábio Mesquita.

Nota-se, assim, que o PNA brasileiro, durante a década de 2001 e 2010, contou com quatro pessoas diferentes que ocuparam as funções do cargo de decisão das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS. Apesar deste número de diferentes Diretores, o PNA brasileiro não sofreu processos de descontinuidade, mesmo no momento de mudança da conjuntura política. Isto porque, como se revelou, houver sempre um vínculo entre o ex-Diretor e aquele que assumia, sendo geralmente proveniente da própria estrutura do PNA, como é o caso do Dr. Alexandre Grangeiro e da Dra. Mariângela Simão. Vale recordar que o Dr. Alexandre Grangeiro assume funções num contexto de alteração de ciclo político, com

a saída do PSDB e a entrada do PT, mas não enfrenta constrangimentos, pois já era membro do PNA na gestão anterior. Mesmo o Dr. Pedro Chequer, que volta a assumir o cargo de Diretor do PNA cedido pelo UNAIDS ao Brasil, a seguir à gestão do Dr. Alexandre Grangeiro, também vem manter as estratégias que já eram internacionalmente assumidas como efetivas, muitas das quais delimitadas pela primeira vez em 1999, quando também assumira o PNA.

Quando questionados acerca das características necessárias para assumir-se o cargo de Diretor do PNA brasileiro, os informantes privilegiados abordados são unânimes em afirmar que além de necessitar haver um processo de continuidade na indicação dos Diretores, dado o sucesso do PNA em todo o mundo, estes devem possuir uma vasta experiência técnica na temática do HIV/AIDS e uma boa inserção política, não só no sentido partidário, mas também, como aponta Grangeiro (2014), em entrevista para esta tese: *“No sentido de ser uma pessoa que tem boas relações com os diferentes setores da sociedade, desde as ONG/AIDS, ao meio acadêmico, outros Departamentos do Estado...”*

Além disso, consideram que durante os mandatos de Fernando Henrique Cardoso e Luís Inácio Lula da Silva, não só o PNA brasileiro desempenhava um papel importante no debate e na inserção social da temática do HIV/AIDS, como também havia uma grande visibilidade política aos mais altos níveis. Como recorda Chequer (2014), em entrevista para esta tese

Com FHC [Fernando Henrique Cardoso] falava-se muito disto, [da AIDS], o vice-presidente Marco Maciel participava no Dia Mundial da AIDS (...), o Lula apoiou a licença compulsória, veio a público falar da importância da saúde pública em detrimento dos interesses econômicos...

Mesquita (2014), diretor do PNA brasileiro em 2014, também em entrevista para esta tese, faz a seguinte consideração sobre o desenvolvimento do PNA brasileiro, em relação aos diferentes mandatos presidenciais e dos respectivos ex-Diretores do Programa:

(...) este é um Programa que passou por vários governos. É muito mais um programa de estado, que um programa de governo. E certamente a pessoa que virá no futuro será tão qualificada quanto foram os antecessores. Todas as pessoas que ocuparam o cargo de gestão neste Programa sempre foram extremamente qualificadas.”

4.2.3 As principais estratégias de prevenção ao HIV/AIDS no Brasil

Diante da relevância que a prevenção assume entre as estratégias de combate ao HIV/AIDS (UNAIDS, 1999, 2001, 2007 e 2012) considera-se de suma importância, para responder à questão norteadora desta tese, perceber como é que estas estratégias foram implementadas no Brasil, entre 2001 e 2010. Objetiva-se, assim, reconhecer que populações são priorizadas

pelo PNA brasileiro e como é que as mesmas são envolvidas nas campanhas e nos projetos de intervenção, com vista à prevenção do HIV/AIDS.

4.2.3.1 As campanhas

Segundo Grangeiro *et al* (2012) parte significativa do sucesso da intervenção do Brasil no combate ao HIV/AIDS deu-se pela implementação, desde o início da epidemia, de campanhas de prevenção amplas, frequentes e com caris impositivo acerca da necessidade do uso do preservativo. Perante esta situação, é importante perceber que campanhas foram desenvolvidas pelo PNA brasileiro, entre 2001 e 2010, procurando perceber se estas respeitam as especificidades das populações mais vulneráveis ao HIV/AIDS e ao perfil da epidemia concentrada, confirme se caracteriza a epidemia no Brasil.

Sendo assim, a partir da análise das campanhas desenvolvidas entre 2001 e 2010 (Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, 2013), todos os anos o PNA brasileiro veiculou nos principais meios de comunicação campanhas específicas para o Carnaval e para o dia 1 de dezembro (Dia Mundial de Luta contra a AIDS), sendo que cada uma delas era emitida anualmente, durante um mês (sempre durante o mês em que estas datas foram comemoradas). Além de abrangentes, no sentido em que são veiculadas geralmente por o período de um mês e para a população em geral, estas campanhas procuram, em cada ano, abordar temas e/ou questões de relevância para a epidemia no período correspondentes.

Por exemplo, no ano 2001, as campanhas de Carnaval e de 1 de dezembro tinham os seguintes *slogans*, respetivamente: “Não importa de que lado você está, use camisinha” e “Não importa com quem você transa, importa como”. Estes *slogans* tinham como populações-alvo homens e mulheres, sem especificar mensagens ou imagens às relações homossexuais ou heterossexuais. Assim, não só a população em geral pode identificar-se com a abordagem, como também segmentos da população mais vulneráveis, como HSH, trabalhadores do sexo e seus clientes. Tal como neste ano, nos demais anos e campanhas, esta lógica é sempre respeitada. Transmitir em meios de comunicação de massa mensagens e imagens que valorizem o uso do preservativo, com o tempo verbal no imperativo, tal qual já se fazia nos primórdios da epidemia no Brasil.

Entretanto, o PNA brasileiro, além destas campanhas de prevenção realizadas durante todo o período em análise, em datas específicas, também veiculou campanhas nacionais de promoção do diagnóstico e outras específicas para populações mais vulneráveis. Foram lançadas três campanhas em 2002, especificamente para HSH, trabalhadores do sexo e travestis e outras duas em 2003, promovendo a necessidade de se conhecer o estado sorológico da população.

4.2.3.2 Atenção às populações mais vulneráveis promovidas pelo PNA

Tal qual exposto anteriormente, e analisado no capítulo III desta tese, o Brasil apresenta a epidemia, ainda antes de 2001, como sendo concentrada. Conforme o UNAIDS reforça ao longo da década, este tipo de epidemia necessita de intervenções onde o HIV circula, com atenção às populações que levam o vírus para a população em geral, em função de maior prevalência do que nos demais grupos da sociedade. Em 2001, a epidemia, como percebido nos números de casos de AIDS diagnosticados e revelados nos Relatórios de Vigilância Epidemiológica do Brasil (SVS, 2001), concentrava-se nos HSH e nos utilizadores de drogas injetáveis (UDI), sendo que entre os heterossexuais, o grupo das profissionais do sexo caracterizavam-se também como uma “população ponte”.

Entretanto, as intervenções do PNA brasileiro junto das populações mais vulneráveis remontam aos primórdios da epidemia no Brasil. Segundo Pereira e Nichiata (2011), e como apontado anteriormente, o primeiro projeto importante foi o Projeto Previna, criado em 1989, instituindo atividades de caráter nacional, minimizando as especificidades culturais, sociais e até mesmo epidemiológicas de cada região. O projeto era destinado, principalmente, aos profissionais do sexo, homossexuais, população prisional, usuários de drogas injetáveis e garimpeiros.

Em função do sucesso desta intervenção, esta dinâmica de atenção dada às populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV mantém-se na década de 1990, com reforços financeiros provenientes do BM. Como se fará no notar no capítulo a seguir, esta instituição internacional acordava com o PNA brasileiro a manutenção do financiamento de ações de prevenção com as populações mais vulneráveis, executadas pelas ONG/AIDS, em todo o país, através dos chamados projetos “AIDS I” e “AIDS II”, que se estenderam até 2003.

Nota-se, assim, que em função da pressão dos grupos de interesse institucionalizados, sobretudo as ONG/AIDS, e do apoio financeiro internacional o Brasil enveredou durante a década de 1990 estratégias de prevenção amplas mas que respeitavam o perfil da epidemia no país. Mas, considerando o período de análise proposto nesta tese, é importante perceber se estas estratégias, desempenhadas através de projetos implementados pelas ONG/AIDS junto às populações mais vulneráveis, se mantiveram na década de 2000.

Assim, durante o AIDS II, que encerra apenas em 2003, as populações mais vulneráveis eram prioridade nas intervenções de prevenção, como parte do acordo firmado com o BM. Entretanto, a partir de 2003, o AIDS III, passa também a incluir como população prioritária nas ações e estratégias do PNA as organizações de pessoas vivendo com HIV/AIDS, não apenas em relação à prevenção secundária (aquela que previne que uma

pessoa infetada com uma estirpe do vírus possa ser infetada por outra estirpe, oriunda das relações com outros parceiros também portadores do vírus) mas também no seu envolvimento na formulação e implementação de políticas públicas, como já fazia o PNA brasileiro, com as organizações de outras populações mais vulneráveis.

Lembrando que a década de 2000 se caracteriza, no PNA brasileiro, pelo processo de efetivação do princípio da descentralização pressuposto pelo SUS (e que este processo gerava desconforto entre as ONG, sobretudo pelas resistências encontradas em vários municípios brasileiros em desenvolver ações para estas populações carregam muito estigma), durante o referido período o PNA financiou os chamados projetos estratégicos, destinados às organizações representantes das populações mais vulneráveis: gays e outros HSH, trabalhadores do sexo, UDI e transexuais (Fonseca *et al*, 2009). Entretanto, diferentemente da década anterior, estes projetos estratégicos não objetivavam apenas o repasse de recursos para as ONG desenvolverem ações de prevenção.

De facto, a atenção dada às populações mais vulneráveis ao HIV não foram apenas contempladas nas estratégias do PNA brasileiro através de campanhas e projetos de prevenção, como foram também através do reforço do desenvolvimento institucional e criação de climas e ambientes favoráveis, contribuindo assim para diminuir a resistência nos municípios em que esta era percebida. Para cumprir com estes objetivos, que iam além da prevenção (através da intervenção comportamental desempenhada através da distribuição de preservativos, de material de comunicação, educação e informação, realização de peças de teatro, intervenção entre pares) os projetos estratégicos elegeram uma ONG representante das populações mais vulneráveis, com capacidade instalada e reconhecido mérito na prevenção, em cada região do país e para cada uma das populações mais vulneráveis. Ou seja, o projeto Somos, enquanto projeto estratégico destinado a gays e outros HSH, contava com cinco Centros de Assessoria e Capacitação, que eram cinco ONG da comunidade LGBT que realizavam formações anuais nos três eixos do projeto (desenvolvimento institucional, criação de climas e ambientes favoráveis, e intervenção comportamental) com dirigentes de outras ONG e com potenciais ativistas. A mesma estratégia foi incorporada aos demais projetos estratégicos: Tulipa, destinado às organizações de travestis e transsexuais; Esquina da Noite, destinado às profissionais do sexo; e RODA Brasil, com instituições de redução de danos.

Esta estratégia contribuiu para o significativo aumento do número de ONG/AIDS no Brasil durante a primeira década dos anos 2000, além de ter auxiliado na diminuição da resistência à implementação de projetos destinados a estas populações nos municípios que tinham PAM, mas que não tinham ações direcionadas para estas populações.

Nota-se, assim, uma redobrada atenção às especificidades das populações mais vulneráveis ao HIV/AIDS no Brasil, que além de serem contempladas nas campanhas do PNA durante a década entre 2001 e 2010, foram também contempladas em projetos específicos no que respeita às populações mais vulneráveis, mas abrangentes em relação à dimensão nacional que tomaram.

4.2.3.3 Os recursos do PNA brasileiro

Até ao momento, nesta parte do capítulo IV, revelou-se a adequação do PNA ao princípio da descentralização, promovido pelo SUS, reforçando-se informação acerca do processo de implementação dos PAM. Neste sentido, é fundamental perceber também quais são e de onde são provenientes os recursos para as políticas públicas de combate ao HIV/AIDS no Brasil, no período em análise.

Como se tem vindo a antecipar, o BM é o grande financiador das atividades relacionadas à AIDS no Brasil. No relatório de 1993, com o subtítulo “Investindo em saúde”, o Banco explicitou o seu interesse pela AIDS, considerando-a como um importante problema de desenvolvimento. Desde 1994, implementou três projetos com a liberação de recursos para o Brasil destinados às ações de controle da AIDS.

O primeiro projeto, “AIDS I”, que ocorreu entre 1994 a 1998, teve um total de US\$ 250 milhões, sendo US\$ 160 milhões do BM e US\$ 90 milhões do governo federal brasileiro. O segundo projeto, “AIDS II”, implementado entre 1998 e 2003, recebeu US\$ 300 milhões, destes US\$ 165 milhões do BM e US\$ 135 milhões da contrapartida dos governos federal, estadual e municipal brasileiros. O terceiro projeto assinado em 2003, e em implementação até 2006, que recebeu o título de “AIDS III”, contou com um empréstimo de US\$ 100 milhões do BM e a responsabilidade do governo brasileiro também de US\$ 100 milhões, totalizando um investimento de US\$ 200 milhões. Os projetos AIDS I e AIDS II desenvolveram, sobretudo, ações de prevenção em HIV/AIDS, em que quase metade dos recursos estava diretamente relacionado à prevenção, sendo cerca de 34% dedicados a serviços de tratamento e o restante voltado para o desenvolvimento institucional, a vigilância, a pesquisa e a avaliação (Pereira e Nichiata, 2011). Nessa direção, as principais metas do projeto AIDS III foram: melhoria da cobertura e da qualidade das intervenções de prevenção e assistência; fortalecimento dos gastos do PNA com a monitorização e avaliação das ações; e introdução de novas tecnologias no campo de vacinas e tratamento.

Uma das diretrizes da instituição financeira internacional consistia no incentivo à aproximação das ONG/AIDS com as instâncias de governo para que este financiasse as ações das organizações da sociedade civil. Se, por um lado, se considera a possibilidade de incentivo à participação da sociedade civil por meio de financiamento do BM, ao mesmo

tempo não é possível descartar que este seria um mecanismo de cooptação e controle dos espaços de política pelas diretrizes financeiras. Inúmeras organizações surgiram apenas com o objetivo de obter o financiamento de projetos, notando-se uma certa banalização na formação de algumas ONG/AIDS, por vezes esvaziadas de ação política.

Segundo Simão e Barbosa (2010), os recursos federais gastos pelo Ministério da Saúde em AIDS destinam-se a infraestruturas, recursos humanos, pagamento dos serviços no âmbito hospitalar, ambulatorial e laboratorial, aquisição dos medicamentos ARV, aquisição e distribuição de insumos destinados às ações de prevenção (como por exemplo preservativos masculinos e femininos, géis lubrificantes), campanhas publicitárias de massa de abrangência nacional e fomento às diversas linhas de estudos e pesquisas. Além disso, os recursos federais são descentralizados para as Secretarias de saúde estaduais e para os municípios prioritários no controle do HIV/AIDS e outras DST.

No quadro abaixo são revelados, então, quais são os valores alocados ao Ministério da Saúde, para serem gastos com as ações do PNA brasileiro, entre 2001 e 2009.

Quadro 4. 2. 3. 1 Orçamento do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (2001 – 2009) *

Exercício	Orçamento (em milhões de R\$)
2001	654,50
2002	802,45
2003	689,00
2004	880,28
2005	941,54
2006	1.305,36
2007	1.362,39
2008	1.340,75
2009	1.430,16

* Adaptado de Simão e Barbosa (2010: 80).

Lembrando que a questão norteadora da tese fundamenta-se na interação entre os Programas Nacionais de combate ao HIV/AIDS, a ação dos grupos de interesse, através da sociedade civil organizada, e a influência internacional, com ênfase nas metas propostas pela UNGASS, a seguir será apresentada a relação do Departamento de HIV, AIDS e Hepatites Virais com a sociedade civil organizada do Brasil, pois esta é considerada como fundamental no sucesso da intervenção do Brasil em HIV/AIDS (Galvão, 2000; Ramos, 2004; Fonseca *et al*, 2007; Grangeiro *et al*, 2009; Mendonça *et al*, 2010; Arnquist *et al*, 2011; Pereira e Nichiata, 2011).

4.3 As organizações da sociedade civil e a resposta brasileira ao HIV/AIDS

É reconhecido internacionalmente o papel decisivo da sociedade civil organizada no enfrentamento ao HIV/AIDS (UNAIDS, 1999; Galvão, 2000; UNAIDS, 2001; Ramos, 2004; UNAIDS, 2007; Crisóstomo, 2009; Grangeiro *et al*, 2009; Mendonça *et al*, 2010; Pereira e Nichiata, 2011; UNAIDS, 2012). Além disso, em nenhuma outra área da saúde, no Brasil, a participação da sociedade civil organizada se dá de forma tão significativa, influenciando diretamente os processos de decisão e a formulação de políticas de saúde, fazendo-se ouvir em áreas tradicionalmente dominadas pelo saber científico (Simão, 2006). Entretanto, apesar de serem inúmeros os atores envolvidos nas políticas públicas de combate ao HIV, a presente tese prioriza a análise de dois atores significativos: a instituição que implementa a política pública de combate ao HIV/AIDS (que no caso brasileiro, como demonstrado até então, atualmente, é o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais) e a sociedade civil organizada (cuja ênfase será dada na experiência das ONG), sendo necessário perceber como estes atores agiram no combate à epidemia no Brasil. Apesar da questão norteadora da presente tese centrar-se no período compreendido entre 2001 e 2010, considera-se importante contextualizar a relação entre estes atores desde o seu surgimento, na década de 1980.

4.3.1 Os movimentos sociais e a resposta brasileira ao HIV/AIDS nas décadas de 1980 e 1990

Como afirmado anteriormente, no Brasil a sociedade civil organizada, através das referidas ONG/AIDS, desempenhou um papel especialmente relevante na institucionalização do PNA (Galvão, 2000; Ramos, 2004; Fonseca *et al*, 2007; Grangeiro *et al*, 2009; Arnquist *et al*, 2011; Pereira e Nichiata; 2011). Segundo Costa (2011) a tomada de decisão do governo federal em assumir oficialmente a luta contra o HIV/AIDS como um problema de saúde pública é resultado da pressão da sociedade civil organizada, mas só efetivada com a criação do PNA (Brasil, 1985).

Entretanto, esta pressão inicia-se nos primórdios da epidemia no país, no início dos anos 1980, sobretudo através da atuação do Movimento LGBT (Pereira e Nichiata, 2011). Segundo Carrara e Moraes (1987) o envolvimento do Movimento LGBT na questão da AIDS acontece imediatamente a seguir ao seu surgimento, pois a doença começa a popularizar-se com o interesse crescente dos *mass media*, sobretudo a seguir à infecção de cantores e artistas de renome nacional, como é o caso de Cazuza. Nesta altura as publicações feitas pelos *mass media* sobre a AIDS eram marcadas pelo preconceito e pelo moralismo. Segundo Pereira e Nichiata (2011) a alta incidência entre os homossexuais era justificada por

diferentes interpretações sem bases científicas como, por exemplo, as que relacionavam a doença ao uso de drogas afrodisíacas por parte desse grupo social, ou mesmo ao uso exagerado que faziam de hormônios estrógenos. Assim, estes autores afirmam que a repercussão das notícias afetou grupos da sociedade civil organizada mobilizados que exigiram dos gestores públicos da área da saúde um posicionamento sobre o problema.

Nesta altura, e em função deste moralismo e preconceito, os ativistas do MRSB adotaram a AIDS como uma causa de direitos humanos e uniram-se ao Movimento LGBT para exigir uma resposta do governo. O setor de saúde brasileiro nunca havia enfrentado uma mobilização da sociedade civil tão forte como a que se desenvolveu em torno da AIDS (Fonseca e Bastos, 2007; Parker, 2009).

O Estado de São Paulo, tal qual apontado anteriormente, criou o primeiro programa estadual de controle da AIDS em 1983, em função da pressão da sociedade civil organizada. Quando o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Controle da AIDS (Brasil, 1985), dos 26 Estados brasileiros, 11 já tinham programas estaduais de combate ao HIV/AIDS, em função da pressão da sociedade civil organizada nas instâncias locais de promoção à saúde (Mendonça *et al*, 2010).

É neste contexto que em 1986, no Rio de Janeiro, é fundada a ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, que tinha como princípio a luta pela assunção da responsabilidade exclusiva do Estado na proteção e no tratamento das pessoas que viviam com HIV/AIDS. Tendo como dirigente o sociólogo Betinho, hemofílico e vivendo com HIV, a ABIA direcionava o seu trabalho a pressionar o governo diante da omissão de respostas à epidemia, lutava pela proibição da comercialização do sangue e seus derivados na nova Constituição e criticava as formas de violação dos direitos civis dos que vivem com HIV/AIDS (Galvão, 2000; Teixeira, 1997). Algumas das exigências foram incluídas na agenda de prioridades do Estado (Pereira e Nichiata, 2011), fazendo com que se regulamentassem os procedimentos e as diretrizes relacionadas às atividades hemoterápicas, por meio da Lei 7.649, de 25 de janeiro de 1988, tornando obrigatória, de entre outras medidas, a triagem sorológica para HIV de todos os produtos hemoderivados em todo o país (Brasil, 1988).

Deste modo, desde 1986 que a ABIA atua na luta contra a epidemia de HIV/AIDS no Brasil através de ações de prevenção, pesquisa, consciencialização e mobilização social na defesa dos direitos civis de pessoas que vivem com HIV e AIDS, bem como na produção e disseminação de informações e conhecimentos relacionados à epidemia de AIDS e à saúde sexual e reprodutiva. A monitorização de políticas públicas de saúde, de educação e de assistência social, bem como a defesa dos direitos sexuais, a prevenção, o tratamento e a assistência em HIV/AIDS são o foco do trabalho realizado pela ABIA. Com uma postura propositiva e reivindicadora, preocupada em estimular o debate entre os mais variados

setores da sociedade – desde investigadores das ciências sociais e médicas, a ativistas e representantes dos programas governamentais de enfrentamento à epidemia – a ABIA tem ajudado a quebrar silêncios, promover o diálogo e a encontrar respostas multisetoriais e integradoras (ABIA, 2012).

Segundo Pereira (2010) e a própria ABIA (2012), esta tornou-se uma referência nacional e internacional no cenário da prevenção ao HIV e na promoção do tratamento da AIDS, consolidando-se como uma fonte divulgadora de informações na área, sempre com um olhar crítico e permanente sobre as políticas públicas de saúde ao nível nacional e internacional. Defendendo o tratamento e assistência a AIDS como um direito fundamental, a instituição fez com que a luta pela cidadania plena das pessoas vivendo com HIV/AIDS passasse a integrar o trabalho voltado para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, lutando contra a discriminação e exclusão social que têm sido associadas à vulnerabilidade da infecção pelo HIV.

Para Ramos (2004) e para Pereira (2010), a ABIA influenciou muito fortemente as ações de combate ao HIV/AIDS pelas seguintes razões: 1) por pertencer decisivamente ao universo das ONG; 2) por articular com as políticas internacionais de AIDS e aceder a financiamentos de agências internacionais de cooperação; 3) por adotar uma perspectiva política no trabalho de pressão, verificação e monitorização das ações governamentais de prevenção e de tratamento; 4) pela decisão de atuar no campo dos *mass media*; e 5) pela preocupação com a produção de conhecimentos sobre a epidemia e com o desenvolvimento de projetos-piloto de prevenção em segmentos específicos.

Segundo Teixeira (1997), o ano de 1990 e seguinte caracterizaram-se pela polarização e transição das respostas à epidemia. No cenário político conturbado do Governo Collor (1990-1992), ocorreram transformações prejudiciais nas políticas brasileiras com o afastamento da articulação do governo com a sociedade civil organizada e com as instituições internacionais que prestavam apoio ao Brasil. Assim, as relações entre os movimentos sociais também foram afetadas. Neste período notavam-se contradições e divisões existentes entre as ONG da sociedade civil organizada: de um lado as ONG caracterizadas como “políticas” (com destaque para a ABIA); de outro lado as ONG “assistencialistas”; e ainda, por fim, uma vertente formada por grupos que trabalhavam com as questões envolvidas com HIV/AIDS, mas que não se limitavam a isso, como as organizações de luta pelos direitos dos homossexuais e dos trabalhadores do sexo (Kelen *et al*, 2001). As organizações voltadas às ações com enfoque na discussão ampliada dos direitos, como a ABIA, eram consideradas pelas organizações assistencialistas como sendo elitistas, autoritárias e monopolizadoras do movimento brasileiro de luta contra a AIDS. Em contrapartida, a ABIA e os grupos “politizados” criticavam a ausência de visão política dos

grupos assistencialistas no trabalho de combate à AIDS. Em decorrência dessas divergências políticas, e por vezes pessoais, o resultado foi a dispersão de vários grupos (Pereira e Nichiata, 2011).

Entretanto, até 1992, havia um embate da sociedade civil organizada com o PNA do Brasil, na medida em que este último determinava de forma centralizada e autoritária as diretrizes a serem implementadas, desconsiderando as necessidades apresentadas pelos grupos envolvidos (Galvão, 2000; Grangeiro *et al*, 2009). Também reforçam esta tese as palavras do Dr. Richard Parker, atual presidente da ABIA, em entrevista para a presente tese: “Como você sabe (...) o PNA brasileiro começou mal nos anos 1980. Foi muito criticado pelas organizações não governamentais... vivíamos em pé de guerra, até mais ou menos 1992”.

Um exemplo é o primeiro projeto importante do PNA denominado Projeto Previna, criado em 1989, instituindo atividades de caráter nacional, minimizando as especificidades culturais, sociais e até mesmo epidemiológicas de cada região. O projeto era destinado, principalmente, aos chamados “grupos de riscos”, que incluíam profissionais do sexo, homossexuais, população prisional, usuários de drogas injetáveis e garimpeiros (Teixeira, 1997). Mediante a política do governo federal, em relação às ações de controle da AIDS, afloraram os conflitos e as tensões existentes entre os programas de AIDS nos vários níveis de governo, bem como os diferentes interesses das ONG, que aumentavam significativamente (Pereira e Nichiata, 2011).

No entanto, segundo Fonseca *et al* (2007), a partir de 1992 a relação do PNA com a sociedade civil organizada passa a ser colaborativa. Na mesma entrevista, anteriormente referida, o Dr. Richard Parker aponta o seguinte:

Em 1992 começa a ter uma mudança. A Lair Guerra volta a assumir a direção do programa no ministério, as ONG começam a dialogar mais com o governo. Eu mesmo, que trabalhava com a ABIA na época, mas eu vou para o governo, e passo uma parte do ano como chefe da Unidade de Prevenção. Paulo Roberto Teixeira vai para e cria uma unidade de relações com a sociedade civil. E ao longo dos anos 1990, essa relação vai melhorando, o governo vai assumindo a perspectiva de enfrentamento da epidemia com base nos direitos humanos, que foi a bandeira das ONG. O governo aceita e assume essa bandeira. Desenvolve um novo programa com sérios financiamentos externos pelo BM. Consegue financiamento interno com o Tesouro Nacional. Implementam um programa de acesso a tratamento. Em 1996 é o primeiro ano em que você tem a eficácia dos antiretrovirais combinados. O governo brasileiro promove a Lei Sarney, que garante esse acesso a todo o brasileiro que precisa, novamente uma questão de direito, baseado na constituição de 1988. E a idéia da saúde como um direito de todos e um dever do estado, o programa de AIDS assume isso, consegue passar essa Lei no congresso, em menos de um ano depois do congresso de Vancouver aonde a eficácia desses medicamentos é declarada. (Parker, 2014).

Pereira (2010: 30-31), reforça esta opinião afirmando

Foi na década de 1990 que aconteceu o fenômeno do surgimento das ONG/AIDS o que concretizou novas formas de organização da sociedade civil no enfrentamento da doença no Brasil. (...) O movimento contra a exclusão das pessoas com AIDS ganhou novos contornos a partir de 1996, com o surgimento da TARV combinada, que mudou significativamente o perfil da epidemia (...) e as perspectivas das pessoas vivendo com HIV. Como consequência do surgimento de medicamentos mais eficazes, observou-se a redução da mortalidade, o aumento da sobrevivência e a reinserção social de pessoas vivendo com HIV, contribuindo assim para amenizar as situações de preconceito e a associação da doença com a fatalidade. O alto custo dos medicamentos tornou-se o principal fator de mobilização da sociedade civil, enquanto o acesso aos antirretrovirais tornou-se uma das principais prioridades de saúde do país.

Ainda referindo-se à década de 1990, o Dr. Richard Parker lembra na referida entrevista que

Como desde 1996 o Brasil tem sido o único país em desenvolvimento de implementar um programa como esse. Como em poucos anos pode demonstrar a queda das taxas de mortalidade por causa do acesso a tratamento. Os técnicos do Ministério da Saúde, todos ligados a partidos de esquerda, partido socialista, partido dos trabalhadores, inteligentemente usam uma leitura alternativa dos custos e benefícios econômicos de mostrar que apesar de alto custo, esse acesso a tratamento tem o resultado de baixar o preço total do enfrentamento da epidemia. Porque eles podem mostrar anos de trabalho que não são perdidos, eles podem mostrar uma série de coisas que são ganhos econômicos. E eu não tenho na minha cabeça, mas existem várias publicações sobre em 3 ou 4 anos o Brasil, vamos dizer, vira a esquina em termos dos custos. Os custos vão subindo, mas o dinheiro poupado vai subindo. Você chega ao ponto que com esse investimento você está poupando mais do que você está gastando. E essa poupança, também acaba sendo uma poupança em termos das infecções. Porque também o uso dos medicamentos, o acesso a tratamento baixam as taxas de vírus das pessoas. E até a prevenção primária acaba sendo beneficiada pelo acesso a tratamento. Então, 2001 é mais ou menos aonde você está chegando ao auge destas políticas positivas (...), vamos dizer... seu período (de análise para a tese) começa em 2001 com a UNGASS, bem no meio do que eu vejo como a época de ouro do Programa Nacional de AIDS do Brasil" (Parker, 2014)

Em 2001 o New York Times publica o famoso artigo de Tina Rosenberg, "Look at Brazil" – Olhe o Brasil – que chama a atenção internacional para o sucesso brasileiro (Pereira e Nichiata, 2011; Parker, 2014).

De modo sucinto, segundo afirmou em entrevista para esta tese Parker (2014), o período de 1992 até 1997, aproximadamente, caracterizou-se pelo expressivo envolvimento dos diferentes níveis dos programas governamentais com as ONG, somado ao desenvolvimento do PNA que passou a articular intensamente com os diferentes setores

mobilizados da sociedade para a construção de um trabalho coletivo na luta contra o HIV/AIDS.

É neste contexto que a sociedade civil organizada em torno do combate à epidemia do HIV/AIDS no Brasil, ao longo da década de 1990, passa a contar com outras instituições, além daquelas que trabalham especificamente a temática do HIV/AIDS e do Movimento LGBT, tais como: entidades feministas, grupos religiosos e pastorais, organizações indígenas, sindicatos, grupos gays, associações de moradores, entidades formadas por profissionais do sexo, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), entre outros. Estas instituições começam a promover ações de prevenção, assistência e tratamento às pessoas vivendo com HIV/AIDS e passam também a ser identificadas como ONG/AIDS (Ramos, 2004). Em relação ao avanço destas ONG, o Dr. Richard Parker, ainda na entrevista para a tese, afirma que

A mobilização social que aconteceu na base, que em inglês se chama grass roots, nos anos 1990, foi alimentada com dinheiro repassado dos projetos do BM. Tinha muito dinheiro para apoiar a mobilização da base, das ONG/AIDS, mas também... de tudo... sindicatos, várias organizações tinham projetos de AIDS, desde católicas e outras... Não eram só ONG/AIDS. Então era uma ampla mobilização da sociedade, que foi feita via esse tipo de financiamento. Mobilizando projetos de prevenção, enfim. Nos anos 1990, as ONG/AIDS foram de umas 30 ou 40 no país inteiro para 400. (Parker, 2014).

Grangeiro *et al* (2009) sugerem e apontam que no Brasil ocorreu uma ação colaborativa entre as organizações da sociedade civil e entre estas e o Estado, indicando que

(...) a construção da resposta da sociedade brasileira deu-se a partir do ativismo dos movimentos sociais, que, fundamentados em uma matriz de solidariedade, contribuíram para garantir os direitos dos grupos mais atingidos e para organizar políticas públicas de enfrentamento da epidemia". (idem: 89)

Em suma, pode-se afirmar que a trajetória das ONG acerca das relações travadas com o PNA é marcada durante as décadas de 1980 e 1990 por dois momentos distintos. Para Ramos (2004), nos anos 1980 esta relação era de franca oposição e nos anos 1990 predominaram relações de cooperação, inclusive com um trânsito intenso de militantes de ONG que passaram a gestores de programas governamentais. Muitos dos ativistas que lutaram por uma abordagem para a AIDS com base nos direitos humanos, durante a década de 1990, assumiram cargos de liderança nas ONG e em programas governamentais de combate à AIDS. Outros entraram para as universidades. Nomes importantes dedicados à questão da AIDS alternavam-se nos cargos do meio acadêmico, na sociedade civil organizada e no Governo (Arnquist *et al*, 2011; Pereira e Nichiata, 2011). Entretanto, para o Dr. Alexandre Grangeiro esta cooperação é fruto do apoio financeiro, dos Projetos do Bando

Mundial. Em entrevista para esta tese, este ex-Diretor do PNA brasileiro afirma que no seu entendimento, como os recursos estavam concentrados no PNA, que os repassava diretamente para as ONG, era importante que as ONG tivessem um discurso de colaboração, para não correrem o risco de serem excluídas, como recorda em entrevista para esta tese Grangeiro (2014): *Enquanto eu (ONG/AIDS) via o Estado como a mina de ouro e precisava de um discurso coerente, bonitinho e amigável para poder continuar a receber o recurso também...*

A partir dos aspectos acima revelados acerca da relação entre o PNA brasileiro e a sociedade civil organizada nas décadas de 1980 e 1990, é importante analisar como é que esta se estabelece a partir de 2000. Por isso, abordar-se-ão em seguida as instâncias de participação social junto ao PNA existentes neste período, para posteriormente se verificar a relação entre a sociedade civil e o PNA até à atualidade.

4.3.2 As ONG/AIDS e sua atuação a partir de 2001

Como descrito anteriormente, desde 1986 que o PNA do Brasil conta com a CNAIDS. A CNAIDS é atualmente definida pela Portaria Ministerial nº 43, de 28 de setembro de 2005 (Ministério da Saúde, 2005), tem 41 assentos, sendo estes destinados a dois representantes do Ministério da Saúde, 10 de outros ministérios e Secretarias do governo federal, sete para ONG e redes de pessoas que vivem com HIV, além de três de Secretarias Municipais e Estaduais de saúde. Há, ainda, sete vagas para representantes de universidades e institutos de pesquisa, nove para associações médicas e três para redes de trabalhadores e igrejas. Atualmente a CNAIDS possui como desafio frequente o de conciliar as diferentes visões para contribuir na construção das estratégias de enfrentamento da epidemia (Simão e Barbosa, 2010), além de ser considerada a primeira instância de controle social institucionalizada no PNA brasileiro.

Além da CNAIDS, acima descrita, outras instâncias de controle social e espaços de participação social são criados no Brasil, com ação e intervenção direta no PNA, atual Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Para discussão das especificidades da gestão e visando maior participação social na resposta brasileira, foram constituídas duas outras comissões consultivas:

- I. Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais (CAMS), que procura a articulação, consulta e participação dos atores da sociedade civil que trabalham no enfrentamento da epidemia de AIDS (eleitos entre seus pares em encontros nacionais). A sua finalidade é promover melhores formas de integração entre as ações do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais e os seus parceiros do movimento social, procurando aperfeiçoar as políticas públicas, orientadas para a

prevenção e assistência às DST/ HIV/AIDS, bem como promover os Direitos Humanos das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Atualmente, a CAMS é composta por 10 representantes dos Fóruns de ONG/AIDS dos 26 Estados e Distrito Federal e 10 representantes de redes e movimentos nacionais (pessoas vivendo com HIV/AIDS, prostitutas, mulheres, homossexuais, travestis e transexuais, estudantes, redutores de danos e usuários de drogas, negros, indígenas e de organizações populares); e

- II. Comissão de Gestão das Ações de DST e AIDS (COGE): visa à articulação e discussão das políticas de DST/AIDS com representantes dos Programas Estaduais e Municipais para o fortalecimento do processo de descentralização das ações em saúde. É composta por 10 (dez) representantes (Simão, 2008: 113).

Tendo revelado as instâncias institucionais de participação e controle social, neste momento vale recordar que 2000 foi o ano em que se iniciou efetivamente a implantação da descentralização, princípio preconizado pelo SUS, nas políticas públicas de combate ao HIV/AIDS em todo o país (Parker, 2009), que segundo Mesquita (2014), em entrevista para esta tese, iam também em acordo com as estratégias de prevenção, pois era necessário articular as políticas locais com as organizações locais da sociedade civil, numa lógica de descentralização preconizada pelo SUS. Nota-se esta lógica nas palavras do atual Diretor do PNA quando, em entrevista para a presente tese, afirma: “A lógica da descentralização, era porque você tem que articular a política da sociedade civil, com as políticas locais” (Mesquita, 2014).

4.3.2.1 As consequências da descentralização no PNA às ONG/AIDS

Como exposto anteriormente, o PNA brasileiro repassa, anualmente, desde o ano 2000, fundos de apoio a serviços e programas de HIV/AIDS para as Secretarias Estaduais e Municipais de saúde e para as instituições da sociedade civil organizada. Entretanto, a partir de 2002 (Brasil, 2002a; Brasil 2002b; Ministério da Saúde, 2002) os repasses para as ONG são controlados por regras de planejamento de nível estadual e municipal, os PAM. Com a publicação da Portaria nº 1679/GM, de 13 de agosto de 2004, que aprova normas relativas ao Sistema de Monitorização da Política de incentivo no âmbito do Programa Nacional de DST e AIDS (Brasil, 2004), em consonância com a restante legislação em vigor, consolida-se o processo de descentralização no PNA brasileiro.

Para Fonseca *et al* (2007) o facto de os recursos da AIDS serem transferidos para os estados e municípios desloca a disputa do financiamento para as arenas políticas estaduais e regionais. Isso aumenta o poder de decisão dos governos estaduais e municipais acerca

de quais projetos deverão ser financiados. Dessa forma, as organizações que pleiteiam recursos no campo da AIDS têm de sair da esfera federal para disputar seus projetos no âmbito de Estados e Municípios.

Tentando evitar as eventuais barreiras que as populações mais vulneráveis encontrariam nas esferas locais, o PNA brasileiro optou, em meados do ano 2000, pelo apoio aos chamados “projetos estratégicos”, como aqueles que foram desenvolvidos por redes de prostitutas, de gays/HSH e travestis (Correa *et al*, 2011).

Em acordo com o processo de descentralização o financiamento direto do PNA para as ONG declinou aproximadamente 7 a 8 milhões de dólares por ano, apenas, entre 2001 e 2003 (Correa *et al*, 2011), pois o Programa contava que esta significativa diferença fosse compensada com recursos dos programas estaduais e municipais de AIDS. Mas Estados e municípios não atribuíram os recursos que o PNA almejava.

O Dr. Fábio Mesquita, atual Diretor do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, em entrevista para esta tese, falando acerca do processo de descentralização, do qual participou enquanto funcionário do PNA, em 2000, também considera que este processo em muitos locais foi prejudicial, não só pela dificuldade em negociar-se com as instâncias locais, que considera mais rigorosas do que o PNA, mas também, muitas vezes em função das dificuldades legislativas, e por outras razões, como se percebe nas suas afirmações:

Naquela época, nos anos 2000 e 2001, a gente implementou a descentralização dos recursos financeiros, que até então todos os recursos financeiros às ONG eram feitos pelo Ministério da Saúde. A descentralização, a lógica da descentralização, era porque você tem que articular a política da sociedade civil, com as políticas locais. A lógica tava completamente correta, só que o que agente subestimou na época. O que a gente não contava, que acabou gerando algum tipo de constrangimento financeiro (às ONG/AIDS), foram as legislações municipais. Porque nem todo Município, e nem todo Estado, (...), conseguiram ter legislação para que esse dinheiro transferido pudesse ser dirigido para as ONG/AIDS, pudesse ser entregue para as ONG. Por que as legislações não são iguais. Alguns estados fizeram isso de maneiras extraordinárias, o estado de São Paulo, por exemplo. E outros não, outros foram mais lentos, mais demorados, mais complicado. Essa disparidade gerou problemas. Mas além disto, os estados e municípios são muito mais rigorosos em termos de prestação de contas do que nós somos. Nós eramos muito mais flexível, muito mais compreensivos... E aí, por exemplo, você não prestou conta, no próximo ano não tem dinheiro. Você não pagou o Imposto Predial Territorial Urbano (IPTU), a legislação diz que quem não paga IPTU não pode receber dinheiro público. Então ainda que o dinheiro seja de outra fonte, você tá em dívida com a municipalidade, você não vai receber. Então é assim, as ONG elas tinham que ter um nível de profissionalismo muito grande pra se adaptar a tudo isso. Uma entidade da sociedade civil que está disputando recursos públicos, e que tem que ser contado por eles. E eles (representantes de ONG) achavam que assim, não. Para eles o custo (das estratégias de

combate à epidemia) era uma obrigação do estado, sustentar, sem nenhuma responsabilidade ... Era muito naquilo, eu sei onde intervir, eu posso intervir e você tem que me dar o recurso (...) Eu sou bom pra caramba e vocês tem que me dar o dinheiro, e eu não tenho que prestar contas. Só que em estados e municípios (...) não funciona assim. Tem o Tribunal de Contas do Município, o Tribunal de Contas do Estado, e as pessoas são mais sérias. Várias delas (das ONG/AIDS) ficaram bloqueadas e com problemas financeiros, completamente independente de uma política de ter dinheiro disponível. O dinheiro tá lá, eles só não tem acesso. Não tem acesso porque não cumpriram a legislação, não cumpriram a prestação de contas, não foram transparentes, etc. E de outro lado, em alguns Estados e Municípios, não houve a vontade política de mudar a legislação. Então esse conjunto de coisas gerou um déficit financeiro importante pra algumas ONG. Algumas, nunca precisaram de recurso público. Porque tinha uma capacidade de captar recursos muito grande, sabiam se articular fora daquilo, tinham políticas de sustentabilidade, e outras ficaram dependendo do dinheiro público, e sem aquilo, muitas delas foram criadas pra captar dinheiro público, então assim, elas não se organizaram pra captar. Por exemplo você pega o GAPA – Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS, da Baía, por exemplo. Nunca precisou de um centavo público. Continua sendo uma entidade fortíssima, superinfluyente, etc e tal. Porque tinha uma capacidade de captação muito grande. (Mesquita, 2014).

Ao longo dos anos 2000, de acordo com a revisão realizada por Correa *et al* (2011), de documentos produzidos pelo PNA, houve uma expansão e diversificação dos projetos de prevenção direcionados a populações mais vulneráveis e um subseqüentemente decréscimo do número de projetos financiados e do volume de recursos aplicados diretamente pelo PNA. Para diferentes ex-diretores do PNA brasileiro e também na opinião do atual presidente da ABIA, houve um processo de “esvaziamento” da sociedade civil organizada contra a epidemia, devido a este decréscimo de recursos aplicados à sociedade civil organizada.

Segundo Dr. Richard Parker, em entrevista para esta tese,

(...) quando esse dinheiro (do financiamento direto do PNA para as ONG) começou a diminuir dos anos 2000, também o número de ONG fazendo esse tipo de ação começaram a diminuir. Teve um período em 2010, que parecia que a cada semana você iria escutar de outra ONG/AIDS fechando as portas. (Parker, 2014).

Afirma ainda que, na mesma entrevista:

No Brasil, diminuiu muito o número de instituições, e muitos dos grupos que (...) no começo dos anos 2000 não eram ONG/AIDS, mas eram ONG ... (...) feministas, que fizeram projetos de AIDS, não fazem mais. Porque a AIDS... não tem dinheiro disponível no PNA. Então eles vão onde o dinheiro está. É uma coisa de sobrevivência. É interesse, mas é um interesse absolutamente compreensível. Não é uma coisa de criticar, mas o que você tem é uma sociedade... um nível local, menos mobilizado do que antes. E muito menos mobilizada. (idem)

Nas palavras do ex-diretor do PNA, Dr. Alexandre Grangeiro, também em entrevista para esta tese,

A questão é que escaceou o financiamento. Então muda a relação que as ONG tem com o governo porque também diminuiu o volume de recursos, e mudaram os mecanismos de acesso aos recursos. Então, o PNA, já não é mais assim o pote de ouro. Ele continua sendo importante, mas ele não é mais um financiador do volume que era [para as ONG]. (...) aquele financiamento [AIDS I e AIDS II], que era para fortalecer as organizações da sociedade civil, agora funciona como um financiamento de exclusão, pois para aceder aos recursos diretamente do PNA passou a ser exigida capacidade técnica e de gestão financeira que muitas ONG não tinham. Então, daí muda a lógica... E a partir do momento em que o Estado age assim, exigindo condições que as ONG não reúnem, o discurso das ONG junto do Estado vai ser outro, não é. Enquanto eu [ONG] via o Estado como a mina de ouro, as ONG precisavam de um discurso coerente, bonitinho e amigável para poder continuar a receber o recurso também, agora isso é mais exigente ainda, e as críticas não são mais bem vindas porque a ONG corre o risco de ser a primeira a ser excluída. Então vou cuidar do que eu digo. Antes, as ONG/AIDS agiam diferente, botavam muita pressão, diziam tudo o que achavam... (Granjeiro, 2014).

4.3.3 O posicionamento da comunidade LGBT

Como parte significativa deste processo de “esvaziamento” da sociedade civil organizada na luta contra o HIV/AIDS, informantes privilegiados abordados na presente tese apontam críticas ao Movimento LGBT ao longo da década de 2001/2010. Para Richard Parker, da ABIA, em entrevista para esta este:

Uma coisa absurda neste processo é o movimento LGBT que há muito tempo lucrou com os projetos de AIDS financiados pelo PNA, de fato quando tinha dinheiro para fazer a mobilização do Movimento. Quando esgotou, [o Movimento LGBT] largou a AIDS rapidamente. Você olha a Política Nacional LGBT e no documento menciona a AIDS apenas 2 vezes... E uma das vezes é no glossário. O relatório [da Política Nacional LGBT] fez apenas uma única referência à AIDS em 2004. Então o que eu estou dizendo é que, nos anos 2000, houve uma desmobilização crescente, no nível comunitário, no nível local e no nível da sociedade civil também. (Parker, 2014)

Já o Dr. Pedro Chequer, também em entrevista para a tese, em relação à diferença da postura da sociedade civil organizada, com ênfase no Movimento LGBT, ao longo da década passada, diz que

Muitos segmentos silenciaram-se diante da adversidade, não em nome da causa, mas em nome de um viés ideológico, e vejo claramente isto no segmento LGBT. Por exemplo, quando o então presidente da ABGLT (Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais) (...) que assumiu publicamente o apoio a candidatura da Dilma confundindo a figura de cidadão com a da instituição que representava, o que foi um desastre, criando um

viés e perdendo-se credibilidade. Apesar dos muitos avanços que ajudou a conquistar, teve este viés e isto criou arestas externas e esvaziamento político da ABGLT. E mesmo na adversidade forte, com os compromissos bíblicos de Dilma, nunca houve um posicionamento forte, explícito, político. Por vezes se posicionava, por exemplo, no âmbito interno, durante um grupo de trabalho que fizemos em que estavam alguns deputados, sobre o Projeto de Lei da Câmara dos Deputados - PLC 122 para a criminalização da homolesbotransfobia, e é um assunto que trabalha diretamente as populações mais vulneráveis, onde foi elaborado um documento de apoio. Outra coisa que também confunde a agenda, é que alguns priorizam o casamento, outros a criminalização. Hoje a prioridade é trabalhar a criminalização, mas esta outra agenda cria mais arestas, com os conservadores que têm prevalecido. O (...) [então presidente da ABGLT] teve mérito de dar visibilidade a ABGLT e conseguir avanços importantes, pelo trânsito político que tinha, e de varias questões deste segmento, apenas durante a campanha de eleição presidencial a coisa ficou nebulosa... (Chequer, 2014)

Também o Dr. Alexandre Granjeiro, em entrevista para esta tese, afirma que *Dentro das organizações da sociedade civil, o Movimento LGBT era considerado como forte, como impulsionador [das respostas públicas] desde o início [do combate à epidemia]... e agora, tendo outras metas, outros objetivos, outra agenda... se difere do movimento das ONG/AIDS e das outras organizações. As outras populações notam isso. Começam a tentar resgatar o Movimento LGBT e queixam-se da sua ausência. É mais ou menos isso. É uma queixa forte do setor da ONG/AIDS, em relação ao movimento gay. E que talvez seja o próprio reflexo da AIDS entre as pessoas gays. Uma coisa muito velada hoje em dia, quase uma "AIDS fobia"... um medo de falar sobre, de discutir...[sobre AIDS]" (Granjeiro, 2014).*

4.3.4 A mudança na relação entre as instituições da sociedade civil organizada e o PNA

Mesmo diante de tantas dificuldades de apoio financeiro que levavam muitas instituições da sociedade civil organizada, empenhadas na luta com o HIV/AIDS, muitas vezes a fecharem as suas portas, a ABIA, ao longo dos anos 2000, manteve as suas atividades. Segundo o atual presidente da Associação, em entrevista para esta tese

Nunca foram predominantes os recursos nacionais na ABIA. Mas sempre tinha uma importância estratégica. Principalmente ao longo dos anos 2000, principalmente para financiar ações mais de base. Ações de prevenção ou de assistência de alguma forma para as populações mais vulneráveis do Brasil, esse tipo de coisa. Programas para populações específicas locais, a gente tem tido bastante projetos, vários projetos de apoio nacional, seja pelo governo federal, ou da secretaria estadual, enfim... (Parker, 2014).

Para Pedro Chequer, em entrevista para esta tese, isto não se deve à capacidade financeira da ABIA, mas sim aos princípios que a regem:

Neste período a ABIA foi parceira [do PNA], e teve e continua a ter um papel muito importante na questão da propriedade intelectual e na implementação da TRIPS [Acordo da Organização Mundial de Comércio sobre os Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio]. A ABIA tem sido uma das poucas vozes perseverantes no posicionamento contra o retrocesso conservador nas políticas públicas, e tem-se manifestado a este respeito. Inclusive, por vezes, abdicando de interesses próprios abre mão de logros e vantagens para manter a posição ética e corrente. Uma das poucas nesta linha de raciocínio que se perdeu na sociedade civil organizada. Há um silêncio profundo. Uma hipótese para isto não é necessariamente o financiamento, a questão é mais de compromisso ético que se mantém, e com princípios, com cidadania e no caso da ABIA se mantém fiel aos princípios do Betinho. (Chequer, 2014).

Nota-se que ao longo da década de 1990 uma forte advocacia das ONG/AIDS junto ao PNA e a provisão de serviços por meio de ONG com financiamento obtido diretamente do PNA tinham sido a espinha dorsal da resposta brasileira ao HIV. Entretanto, como se percebeu, ao longo dos anos 2000, as ONG, sobretudo pelas dificuldades em aceder aos recursos dos estados e municípios, passam por significativas dificuldades, graças ao processo de descentralização.

Em 2009, segundo Arnquist *et al* (2011) muitas ONG estavam à beira de um colapso e as populações mais vulneráveis estavam a ser negligenciadas nos locais onde o governo fracassara em lhes dar apoio. Neste ano, Veriano Terto Jr., membro do conselho diretivo da ABIA, em conjunto com outros líderes da sociedade civil organizada, estava perdendo a paciência com a abordagem da descentralização. Terto era favorável ao retorno para o sistema em que o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais financiava diretamente os projetos das ONG. O PNA relutava em atender essas demandas porque contrariavam o princípio da descentralização do SUS e acabariam por transferir de volta a responsabilidade pelos projetos das ONG enquanto os estados e municípios usufruiriam dos benefícios. Outra solução proposta pelas organizações da sociedade civil foi o de reaver os valores não gastos pelos estados com desempenho insatisfatório e redistribuir os recursos para os estados que estavam a atingir as metas. Embora não pudesse provar, Terto, acreditava que a incidência crescente de casos de AIDS no Rio Grande do Sul estava relacionada com a negligência dos programas locais de combate ao HIV/AIDS. Terto expôs assim sua impaciência:

Muitas das iniciativas que haviam sido desenvolvidas no sul, nos últimos 15 a 20 anos, tais como os programas de redução de danos, estão sendo negligenciadas, abandonadas, e estamos perdendo-as. Para as ONG, as coisas funcionavam melhor antes da descentralização. O governo federal anunciava projetos e questões a serem financiadas e nós enviávamos os projetos para Brasília, participando de um processo licitatório para obter o

financiamento. Então, era aprovado ou não. No final de um ou dois anos, quando o projeto terminava, passávamos por um processo de avaliação de responsabilidades. Ouvimos os ministros da saúde dizerem que a descentralização é uma coisa boa e que é uma boa solução para a gestão da saúde, mas, às vezes, a descentralização não é a resposta, pois não é uma questão técnica, mas sim política. (Arnquist *et al*, 2011: s/página).

Deste modo, segundo Correa *et al* (2011), a descentralização do repasse dos fundos para as ONG, através das deliberações dos Estados e municípios, tem prejudicado as instituições da sociedade civil organizada que já não contam com o apoio técnico e financeiro, pois os governos locais não têm priorizado os programas de AIDS e a parceria com as ONG. Para estes autores, os graves retrocessos no apoio técnico e financeiro à sociedade civil organizada podem ser atribuídos à falta de capacidade gerencial e operacional e de vontade política de alguns governos locais. Por um lado, é difícil contratar, desembolsar e monitorar projetos implementados pela sociedade civil organizada e, por outro lado, tem faltado às ONG capacidade para reivindicar apropriadamente a continuidade de sua efetiva participação e a implementação das intervenções ao nível comunitário.

Foi revelado, então, que no fim da primeira década dos anos 2000, a relação das organizações da sociedade civil com o PNA brasileiro não é mais, na generalidade, de colaboração, como fora durante a década de 1990. No final daquela década são percebidos embates frequentes junto ao PNA, sobretudo em função do processo de descentralização, mas segundo Parker, em entrevista para esta tese, até ao final do Governo Lula as boas estratégias tiveram continuidade. Em suas palavras:

Ao longo dos anos 2000, eu acho que até mais ou menos o final do governo Lula [2010], é que eu acho que você tem a continuidade desses bons resultados de uma política muito bem-sucedida do enfrentamento da epidemia, como propunha o New York Times, em 2001.”
(Parker, 2014)

Além disso, como apontam Pereira e Nichiata (2011: 3255)

(...) as formas de reivindicação se alteraram, se antes predominavam os protestos de rua, no momento atual as ações são desenvolvidas nos encontros por meio de deliberações referentes a protestos e cartas dirigidas ao governo e através de participações em espaços representativos (conselhos, fóruns, grupos de trabalho).

4.4 O PNA brasileiro e as Metas da UNGASS

Lembrando que a questão norteadora da presente tese é a seguinte: “como é que em países sujeitos à mesma influência internacional, possuidores de PNA e grupos de interesse institucionalmente constituídos, apresentam tendências distintas na taxa estimada de

prevalência do HIV na população adulta?”, percebe-se necessário revelar a ação do PNA brasileiro mediante as Metas UNGASS, que foram reveladas no capítulo II.

O UNAIDS, tal qual outras agências, integram a comunidade internacional de ajuda ao desenvolvimento, formada pelas agências e fundos das Nações Unidas, pelo BM, pelos bancos regionais de desenvolvimento e pelas agências governamentais de cooperação internacional. Neste sentido, Mattos (2008), destaca que as agências internacionais têm-se dedicado cada vez mais à oferta de ideias sobre quais seriam as políticas mais adequadas aos países em desenvolvimento (como é o caso das Metas da UNGASS) e esta oferta de ideias pode ser compreendida no contexto da dinâmica de competição/cooperação entre os membros daquela comunidade. Segundo este autor os países que dependem de maiores fundos das agências internacionais financeira tentem a adotar posturas mais “colaborativas” do que os outros. A maioria das agências ligadas à ONU utiliza recursos extra-orçamentais, provenientes de doações voluntárias dos países-membros a projetos específicos. E a maioria desses recursos provém dos países desenvolvidos, que deste modo influenciam diretamente as iniciativas dessas agências internacionais e, conseqüentemente, a implementação das “ideias” destas agências nos demais países-membros.

Diante disto, em princípio, e considerando que o Brasil desde o final da década de 1990 conta com recursos do Bando Mundial para implementar políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, como apresentado anteriormente, poder-se-ia supor que as Metas da UNGASS influenciaram diretamente a implementação destas políticas públicas no Brasil. Entretanto, considerando as entrevista com informantes privilegiados (dos quais 3 foram ex-Diretores do PNA brasileiro no período em análise), verifica-se que o Brasil exerceu maior pressão na ONU em 2001 e influenciou diretamente o estabelecimento das Metas da UNGASS, do que o contrário. O Brasil destaca-se no cenário internacional, tendo influenciado, de forma decisiva, o estabelecimento da Declaração de Compromissos durante a UNGASS, devido ao facto de ter implementado políticas públicas em HIV/AIDS baseadas numa abordagem abrangente e inclusiva, com equilíbrio entre atividades de prevenção, assistência, promoção dos direitos humanos e com a participação ativa das pessoas a viver com a doença nos processos de decisão (Simão, 2006). Em entrevista para esta tese, a mesma autora reforça esta opinião ao afirmar que

(...) na verdade o Brasil influenciou muito o estabelecimento das Metas. O PNA vem de outra origem, em 2001. As Metas surgem para empurrar a resposta mundial. O que o Brasil fez nos anos seguintes não foi influenciado pelas Metas. Por exemplo, em 2001 não se falava [no cenário internacional] em acesso universal, depois em 2006 [no encontro de revisão das Metas] já se inclui isto, pois o Brasil tinha um papel super importante no cenário mundial em mostrar que um país em desenvolvimento podia fazer acontecer este tipo de movimento. Não diria que as metas da UNGASS influenciaram o estabelecimento que o Brasil tinha no

enfrentamento da AIDS, mais ao contrário, a exemplo da política de acesso universal ao tratamento. Considero que é incorreto dizer que o PNA foi influenciado pelas Metas da UNGASS.(Simão, 2014).

Atente-se, ainda segundo Simão (2006), que no Brasil, logo nos primeiros anos da epidemia, se entendeu que a promoção e defesa dos direitos humanos, a prevenção e a assistência deviam estar indissociáveis para uma resposta eficaz.

Também Dr. Pedro Chequer e Dr. Alexandre Grangeiro reforçam a opinião de que as Metas da UNGASS não foram norteadoras ou influenciadoras da resposta brasileira à epidemia. Segundo Chequer (2014), em entrevista para esta tese, “as Metas da UNGASS não foram consideradas norteadoras”, pois segundo Grangeiro (2014), em entrevista para esta tese, “foram notadas como ‘pequenas’ em relação às estratégias que o PNA já desenvolvia no combate ao HIV/AIDS”. Assim, afirma Chequer, na referida entrevista, que as Metas da UNGASS

(...) não eram norteadoras, o Brasil mantinha sua própria linha de trabalho e antecedeu a UNGASS na indissociabilidade entre a prevenção e tratamento, e influenciou em 2001 a adoção deste princípio como estratégico essencial e isto se mantém até hoje. Além disso, nas campanhas do Dia Mundial de luta contra a AIDS nunca adotávamos os lemas da UNAIDS, pois geralmente não tinham a ver com nossa realidade. (...) Eram vistas as Metas da UNGASS mais como princípios do país a serem observados, mas que só eram lembrados na época de reportar os relatórios à UNAIDS. [Os princípios estabelecidos através das Metas da UNGASS] não são inseridos nas metas do Programa [Nacional do Brasil], o Brasil reporta mas [as Metas] não fundamentam a formulação e implementação destas políticas públicas no Brasil. Tem-se a UNGASS em conta, pois coincide-se o entendimento, até porque o país ajudou a construir UNGASS... (Chequer, 2014)

Por outro lado, afirma Grangeiro (2014), também em entrevista para a presente tese *As Metas da UNGASS pareciam pequenas para aquilo que em 2001 já era o Programa Nacional [brasileiro], porque muito do que o Programa Nacional já fazia foi incluído nas Metas, tendo o Brasil como referência. A partir do que se fazia no Brasil, criam-se umas metas, que [a partir de então] respeitam a capacidade global de resposta, e não aquela que seja a mais adequada à realidade brasileira (...).*

Reforça-se ainda esta influencia do Brasil nas Metas da UNGASS, pois foi o país apoiante da proposta de Kofi Anan de criação do Fundo Global de luta contra a AIDS, Tuberculose e Malária, defendendo a tese sobre a necessidade de um maior envolvimento dos países do Norte e dos Organismos Internacionais na luta contra o HIV/AIDS em países de menor desenvolvimento (Barbosa e Cortês, 2006).

O estabelecimento das Metas da UNGASS não constitui um episódio único em relação à postura do Brasil perante a influência de agências internacionais ligadas à ONU.

Antes disto houve outros episódios em que se percebe a influência brasileira nas políticas públicas de saúde implementadas em países terceiros, como por exemplo nas políticas públicas de combate à Sífilis. Como se sabe, a AIDS, da mesma forma que outras DST, como a sífilis, traz consigo uma grande carga de estigma e preconceito, e o seu combate envolve mudanças de hábitos e práticas fortemente enraizadas nas crenças e nos valores culturais de uma determinada sociedade, dificultando por isso a ação dos poderes públicos (Santos, 2009).

Ao analisar a política de combate às doenças venéreas, em especial a sífilis, no final do século XIX e princípio do século XX, Carrara (1994), observou como o Brasil aplicou uma política relativamente ampla de profilaxia e de educação sexual com vista a controlar a expansão da doença. Ao contrário dos países europeus, que aplicaram a regulação ou a proibição da prostituição como forma de combate às doenças venéreas, no Brasil, os poderes públicos adotaram uma postura de promover a educação sexual da população masculina, visando o combate ao preconceito, visto como obstáculo à erradicação da doença, e a modificação de práticas sexuais existentes (Carrara, 1996). Mais ainda, o Governo Federal reuniu esforços para defender o país, disponibilizando uma estrutura relativamente ampla de clínicas para tratamento da doença (os dispensários antivenéreos), além de criar um serviço de profissionais de saúde que realizavam visitas às prostitutas, que procuravam convencer estas a tratarem as doenças venéreas. Ao invés de adotar um discurso puramente moralista e de repressão à prostituição, o governo brasileiro tomou uma postura pragmática, buscando mudanças do comportamento sexual masculino e provendo os meios para a cura da doença, postura essa seguida posteriormente por países europeus (Carrara, 1994 e 1996).

Vale recordar ainda, conforme exposto anteriormente neste capítulo, que em relação ao tratamento dos portadores sintomáticos do HIV, contrariando as recomendações não só do BM, como também da Organização Mundial de Saúde e da Organização Panamericana de Saúde, de que os países pobres devem investir os recursos na prevenção de novos casos, e não no tratamento dos doentes, a partir de 1996 o Brasil passou a dar acesso, de forma gratuita e universal, na rede pública de saúde, aos medicamentos ARV (Ramos 2004), contrariando a recomendação que dizia que não deveriam tratar os doentes mas sim investir em prevenção. Este avanço foi, segundo Galvão (2000), uma das ações mais espetaculares do PNA brasileiro. A implementação da Lei 9.313, de novembro de 1996, que tornou obrigatório o fornecimento de medicamentos para AIDS (Brasil, 1996b), fortaleceu o PNA brasileiro perante a sociedade, os *mass media* e alguns fóruns internacionais, incluindo a UNAIDS que passa, diante do sucesso desta iniciativa na epidemia no Brasil, também a promover o acesso universal e gratuito às pessoas a viver com HIV/AIDS, em 2001.

Na perspectiva de Matos (2008), a oferta de ideias das agências internacionais pode ser bastante útil e também as Metas da UNGASS parecem ter trazido benefícios ao PNA brasileiro. Apesar de os informantes privilegiados considerarem que o Brasil foi um forte influenciador na elaboração das Metas da UNGASS, e que estas não foram incorporadas na política pública de combate ao HIV/AIDS no Brasil, pois o país apresentava um PNA bastante avançado (executando já muitas das medidas que em 2001 eram propostas pela UNGASS), notou-se que a partir de 2001 o processo de monitorização e avaliação passa a institucionalizar-se no PNA brasileiro. Segundo o Dr. Alexandre Grangeiro (2014), em entrevista para esta tese, as Metas da UNGASS

(...) podem ter influenciado na institucionalização dos processos de monitorização e avaliação [do PNA]. (...) [mesmo que] a monitorização dentro do país não seja feita em função das metas da UNGASS, pois estas trazem indicadores que não dizem respeito ao Brasil, como por exemplo o caso dos indicadores ligados aos órfãos da AIDS.

Na perspectiva da Dra. Mariângela Simão, também em entrevista para a tese, *As Metas da UNGASS (...) oferecem um padrão de monitorização, ao endossar qualquer declaração de compromisso os países se comprometem, mas se não houver monitorização fica só uma declaração de compromisso sem nenhuma estrutura para acompanhamento e, [neste sentido], as Metas ajudaram o Brasil [na institucionalização da monitorização].* (Simão, 2014)

Diante disto em 2003, o PNA criou uma unidade de monitorização e avaliação separada e, utilizando recursos do BM, desenvolveu o Programa de Monitoramento e Avaliação das Políticas de Combate ao HIV/AIDS (MONITORAIDS) em conjunto com o Ministério da Saúde brasileiro, parceiros técnicos americanos e o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. O MONITORAIDS é um sistema com base na web que reúne dados dos cinco sistemas de informações do Ministério da Saúde, de várias pesquisas epidemiológicas e estudos específicos. O seu objetivo inicial era fornecer informações para as políticas do programa e sua implantação, além de promover transparência. Noventa indicadores eram reportados a partir de três áreas: 1) contexto externo, incluindo indicadores socioeconómicos e demográficos, tais como distribuição etária da população, índices de pobreza e serviços de saúde disponíveis; 2) indicadores relacionados com o programa para medir saídas e resultados, tais como despesas com o programa nacional, distribuição do teste rápido e taxas, conhecimento sobre o HIV e uso de preservativos; e 3) indicadores de morbidade e mortalidade, incluindo a incidência da AIDS, taxas de mortalidades, taxas da transmissão vertical e prevalência da sífilis por estado. O MONITORAIDS representou um avanço importante para padronizar e consolidar as informações relacionadas à AIDS num único espaço público (Arnquist *et al*, 2011).

Recorda-se que, segundo Blis *et al* (2012), graças à sua resposta à epidemia de HIV/AIDS, o Brasil tornou-se um agenda *setter* no domínio da saúde.

Entretanto, além do estabelecimento das Metas da UNGASS, outros episódios demonstram o papel decisivo do Brasil no cenário internacional e a relação que este tem com a influência internacional, sobretudo em função da pressão interna dos grupos de interesse institucionalmente constituídos. Os informantes privilegiados abordados durante a elaboração da presente tese apontam dois episódios significativos ao longo da década entre 2001 e 2010: o processo de emissão da licença compulsória do Efavirenz em 2007, iniciado em 2001 com a Declaração de Doha (Chequer, 2014; Grangeiro, 2014; Mesquita, 2014; Parker, 2014; Simão, 2014); e a recusa dos recursos oriundos do Programa de cooperação norte-americana para projetos de prevenção do HIV (cooperação designada por USAID) em 2004, que impedia o financiamento de intervenções com profissionais do sexo (Chequer, 2014; Parker, 2014). Em ambos os episódios, a postura do PNA nas instâncias internacionais foi fortemente influenciada pela ação dos grupos de interesse institucionalmente constituídos, com ênfase, entre outras, na intervenção.

4.4.1 O processo de licença compulsória de medicamentos ARV

Em fevereiro de 2001, pela primeira vez, foi explicitamente citada a possibilidade de licenciamento compulsório de dois medicamentos ARV: Efavirenz e Nelfinavir. Entretanto, esta ameaça culminou num acordo com a empresa de medicamentos Merck, noticiado em maio de 2001, com um desconto de 59% no preço do Efavirenz. Dado não ter obtido sucesso nas negociações quanto ao Nelfinavir, em agosto de 2001 o governo brasileiro ameaçou decretar o licenciamento compulsório das patentes do ARV, que à época era utilizado por cerca de 25 mil pacientes do programa de tratamento com ARV. Com as novas negociações, o Ministério da Saúde e a empresa Roche chegaram a um acordo que estabeleceu a redução do Nelfinavir em 40% (Corrêa e Cassier, 2010).

Diante das dificuldades nestes processos de negociação, em 2001, o Brasil recrutou o apoio de outros países em desenvolvimento e lançou uma campanha internacional para a disponibilização de drogas mais baratas, atacando publicamente as empresas farmacêuticas internacionais. Foram gastos milhões de dólares em propaganda nos principais jornais americanos, defendendo o acesso universal ao tratamento da AIDS como um direito humano, vislumbrando uma intervenção na Conferência da Organização Mundial do Comércio (OMC) que se realizaria no mesmo ano. Deste modo, em novembro de 2001, na IV Conferência Ministerial da OMC, ocorrida em Doha (Qatar), discutia-se o desenvolvimento dos países pobres, tendo-se dedicado três dias à discussão do tema de propriedade intelectual e acesso a medicamentos, fortemente influenciada pela postura acima indicada

do Brasil (Chequer, 2014; Parker, 2014; Simão, 2014). Um importante resultado foi a aprovação da Declaração sobre o Acordo TRIPS e Saúde Pública, que ficou internacionalmente conhecida como “Declaração de Doha” (Chaves, 2006: 29), reconhecendo a autonomia dos países para implementar o Acordo TRIPS segundo o que melhor convenha à Saúde Pública.

Cabe esclarecer que as disposições do TRIPS (que surgem em 1994 após a criação da OMC, na Rodada do Uruguai) (Braithwaite e Drahos, 2000) foram acordadas com o objectivo de se proteger eficaz e adequadamente os direitos de propriedade intelectual, eliminando, de modo progressivo, os obstáculos ao comércio internacional, a partir da consolidação de medidas e procedimentos que impusessem um padrão mínimo de respeito a tais direitos particulares. O TRIPS expressamente reconhece os direitos de propriedade intelectual como direitos privados. Todavia, estabelece igualmente que os mencionados direitos de propriedade intelectual não se caracterizam inequivocamente como direitos absolutos, reconhecendo os objetivos básicos das políticas públicas dos ordenamentos nacionais para a proteção da propriedade intelectual e inclusive para os objetivos de desenvolvimento e tecnologia (Campos, 2007).

De mencionar que a Declaração de Doha em nada modificou o Acordo TRIPS, no entanto, representou um importante instrumento político para que os países em desenvolvimento pudessem implementar todas as flexibilidades e salvaguardas relacionadas com a proteção da saúde pública previstas no TRIPS. A partir de Doha, ficou explícito que os medicamentos não poderiam ser tratados como simples mercadoria (Chaves, 2006: 29). Desta forma, seis anos após a assinatura do TRIPS, os próprios Estados-Membros da OMC reafirmavam um ponto fundamental do Acordo: o direito dos países de protegerem a saúde pública por meio da utilização das flexibilidades de TRIPS, sobretudo no que se refere à garantia de acesso a medicamentos (Rodrigues e Soler, 2009).

Entre os vários pontos abordados, a Declaração reconhece a impossibilidade de emissão de licenças compulsórias por países sem capacidade tecnológica, sendo a solução para este problema remetida ao Conselho do TRIPS, que teria até dezembro de 2002 para apresentar uma proposta. Assim, foi contemplada a necessidade de definir soluções para a falta de infraestruturas e equipamentos (logística), de técnicos especializados (capital humano) e de recursos financeiros (capital) nos países em desenvolvimento (Castro, 2013).

Neste contexto, no ano de 2003 criou-se o Grupo de Negociação de Antirretrovirais, por meio do Ato-Portaria nº 1.360 do Gabinete do Ministro da Saúde, de 21 de julho (Brasil, 2003). Este grupo, composto por representantes do Ministério da Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz e da ABIA, tinha por objetivo atuar nas negociações junto dos laboratórios

farmacêuticos detentores, respectivamente, das patentes dos medicamentos ARV bastante utilizados no Brasil, entre eles o Efavirenz, visando:

Adequar o preço destes produtos à disponibilidade de recursos orçamentários destinados à aquisição, [bem como] estabelecer entendimento com as empresas detentoras da patente desses medicamentos para sua produção por laboratórios oficiais ou autorizados por este Ministério, mediante licença a ser concedida voluntariamente. (Brasil, 2003)

Enquanto iniciativa de cunho temporário e pontual, uma vez que se referia somente a alguns ARV específicos, a sua constituição foi um passo importante não apenas na estruturação de uma instância específica de coordenação do processo de negociação de preços junto aos laboratórios farmacêuticos transnacionais, mas também no estabelecimento de um limite temporal para a conclusão das referidas negociações.

Tais negociações foram sucedidas pela ameaça do licenciamento compulsório das patentes do medicamento Kaletra, detidas pela empresa farmacêutica Abbott, que incluíam os princípios ativos do Lopinavir e Ritonavir, caso em que o Ministério da Saúde chegou a declarar o interesse público sobre o produto, em junho de 2005. Diante da declaração e do interesse público sobre o medicamento, a Abbott propôs-se a reduzir o preço do ARV a um valor razoável (Lago e Costa, 2010), mas ainda questionável.

Ocorre que, com o passar do tempo e perante a não concretização das inúmeras ameaças de licenciamento compulsório por parte do governo brasileiro, as margens de negociação com as empresas detentoras das patentes dos medicamentos ARV estreitaram-se ainda mais, enfraquecendo o poder de barganha do governo com os laboratórios, cada vez mais reticentes quando demandados sobre a possibilidade de reduzir os preços dos seus medicamentos (Elias, 2009).

Assim, em razão do governo brasileiro até então não ter emitido efetivamente o licenciamento compulsório para a produção local de medicamentos, a estratégia de negociação de preços com ameaça de aplicação da medida acabou perdendo força, tornando-se ineficiente, de forma que os preços posteriormente alcançados foram insatisfatórios.

Nos anos de 2004 e 2005, os preços dos medicamentos foram mantidos ou tiveram descontos residuais. Neste contexto, em 2006, o medicamento ARV Efavirenz era o medicamento importado mais utilizado na TARV. Em 2007, 38% dos pacientes em tratamento utilizavam esse medicamento. Estimava-se que, até ao final de 2007, 75 mil das 200 mil pessoas em TARV estariam a usar este fármaco. Além disso, a programação de compra para 2007, somente do Efavirenz 600mg, ao custo atual (US\$ 1,59/comprimido) equivalia a US\$ 42.930.000, ou seja, cerca de US\$ 580 por paciente/ano (Castro, 2013).

Na época, o laboratório detentor da patente, Merck Sharp & Dohme estabelecia preços diferenciados para os diversos países com base no índice de desenvolvimento

humano (IDH) e/ou com base na prevalência do HIV, fazendo com que os preços variassem de US\$ 277,40 a US\$ 697,00 por paciente/ano. No Brasil os preços do Efavirenz encontravam-se estacionários desde 2003, apesar do crescente número de pacientes que utilizam o medicamento. Perante tal quadro o país promoveu uma série de negociações. Após a realização de sete encontros para tratar da redução de preços o Ministério da Saúde informou que o desconto máximo oferecido pelo titular da patente era de 2% (Ministério da Saúde, 2007; Suwvan, 2007), o que levou o Ministro da Saúde a declarar, por meio da Portaria nº 866 de 24 de abril de 2007, o interesse público relativo ao Efavirenz para fins de concessão de licença compulsória para uso público não-comercial. Deste modo, o Ministério da Saúde conseguiu garantir a viabilidade do PNA, assegurando a continuidade do acesso universal e gratuito a toda população (Ministério da Saúde, 2007).

Após a declaração de interesse público, a Merck enviou ao Ministério da Saúde, em 27/04/2007, uma nova proposta contemplando: (i) 30% de desconto sobre o preço do medicamento; (ii) a realização de um acordo de cooperação de modo a possibilitar a produção da versão genérica do medicamento pela Fundação Oswaldo Cruz; e (iii) a transferência da produção do medicamento da Austrália para o território brasileiro (ABPI, 2007).

Houve a percepção, por parte do governo brasileiro, de que a detentora da patente havia adotado a estratégia de postergar, deliberadamente, a conclusão da negociação, com o objetivo de se aproveitar do esgotamento dos estoques do medicamento mantidos pelo Ministério da Saúde, facto esse que impediria a importação em tempo útil de genéricos estrangeiros (Ministério da Saúde, 2007).

O Ministério da Saúde (2007) destacou, ainda, que a Merck pretendia vincular o desconto a ser concedido ao aumento de número de pacientes usuários do medicamento, que não havia tempo hábil para negociar os inúmeros detalhes e condições que envolveriam a formalização de um acordo de cooperação dessa monta e que a proposição de transferir a tecnologia para produção do medicamento no Brasil carecia de detalhamentos (Castro, 2013).

Nesse sentido, não houve recuo do governo brasileiro e a licença compulsória foi concedida por intermédio do Decreto nº 6.108, de 4 de maio de 2007, com as seguintes condições: (i) licenciamento compulsório, de ofício, por interesse público das patentes 1100250-6 e 9608839-7 (do art. 1º); (ii) licenciamento compulsório, sem exclusividade, para fins de uso público não-comercial, no âmbito do Programa Nacional DST/ AIDS, com prazo de vigência de cinco anos, prorrogável por igual período (parágrafo 1º, art. 1º); (iii) a remuneração devida ao titular das patentes foi fixada em 1,5% sobre o custo do medicamento produzido e acabado pelo Ministério da Saúde ou o preço do medicamento

que lhe for entregue (art. 2º); (iv) a obrigação de o titular das patentes disponibilizar ao Ministério da Saúde todas as informações necessárias e suficientes à efetiva reprodução dos objetos protegidos (art. 3º); a possibilidade da exploração das patentes por terceiros devidamente contratados ou conveniados com a Federação (art. 4º) e (v) a possibilidade de importação do produto objeto das patentes (art. 5º) (Brasil, 2007).

Os laboratórios oficiais Farmanguinhos e Lafepe foram encarregados do processo de desenvolvimento e produção do medicamento e, durante o processo de desenvolvimento, registo e produção, houve a importação do genérico fabricado por empresas indianas (tais como a Aurobindo e a Ranbaxy), sendo o primeiro lote entregue em 2/07/2007 (Rodrigues e Soler, 2009).

O licenciamento compulsório gerou uma economia estimada em US\$ 30 milhões para os cofres públicos. De acordo com a imprensa, Lula teria dito: “Entre nosso comércio e nossa saúde, escolhemos cuidar da nossa saúde” (Arnquist *et al*, 2011, s/ página). Nota-se neste processo o resgate aos valores do MRSB, o reforço à atenção às demandas internas impostas e em colaboração com as organizações da sociedade civil, em detrimento da influência internacional.

4.4.2 Recusa dos recursos oriundos da USAID

É importante ressaltar que, no início dos anos 2000, os programas de prevenção do HIV/AIDS destinados às populações mais vulneráveis, chamados de “programas estratégicos”, como revelado anteriormente, incluindo aqueles para as profissionais do sexo, eram financiados tanto pelo PNA, com recursos próprios, quanto pelo acordo de cooperação Brasil-USAID. Entretanto, em 2004, a USAID decidiu adicionar novas cláusulas contratuais ao convênio já assinado com o Brasil.

Entre as cláusulas adicionadas está a chamada “cláusula anti-prostituição” (Correa *et al*, 2011:21), que exigia das organizações que recebiam recursos da cooperação norte-americana para projetos de prevenção do HIV a assinatura de um compromisso formal, condenando a prostituição e comprometendo-se a não apoiar a legalização de trabalhos sexuais ou os direitos de profissionais do sexo (Girard, 2004). Esta cláusula vinha ao encontro de crenças e valores ideológicos que fundamentam as políticas públicas de prevenção ao HIV baseada nos princípios do ABC: Abstinência (do inglês: Abstinence), Monogamia (do inglês: to Be monogamus) e Preservativo (do inglês: Condon), que constam do Plano Especial da Presidência dos EUA para o Combate da AIDS, o qual, ao ser financiada pelo BM, tem larga disseminação no mundo inteiro. Esta estratégia de implementação desta política pública propõe a abstinência sexual ou o retardo da primeira

relação sexual ao máximo; a redução de parceiros, calcada na monogamia e na heterossexualidade e, finalmente, no uso de preservativo, dentro destas condições.

A referida política aparece como uma clara contradição frente ao que o PNA vinha a desenvolver no Brasil, onde as estratégias de prevenção consideravam a legitimação das diversas experiências sexuais e identitárias dos sujeitos, garante o direito de cidadania e inclusão social. Mesmo assim, por ter como financiador uma instituição do porte do BM, esta política tem ganho cada vez maior expressão no cenário mundial, o que evidencia a relevância dos fatores políticos e económicos para a definição das políticas públicas, segundo Sampaio e Araújo (2006)

Entretanto, esta cláusula americana “anti-prostituição”, bem como a Política do ABC, está em contradição com a legislação brasileira, que não criminaliza a prostituição, ou seja, as pessoas que se prostituem; e também difere radicalmente dos princípios em que se baseia o PNA do Ministério da Saúde. Esta cláusula está, sobretudo, em confronto aberto com posições históricas da sociedade civil organizada, no Brasil, sobretudo do movimento de prostitutas.

O governo brasileiro não aceitou as restrições impostas pela USAID. O então Diretor do PNA, Dr. Pedro Chequer, convocou uma reunião extraordinária da CNAIDS - Comissão Nacional de AIDS para discutir a matéria. A Comissão deu apoio unânime à decisão do Programa Nacional de recusar qualquer financiamento que estivesse associado à cláusula imposta pela USAID. Conseqüentemente, a USAID decidiu interromper o financiamento de projetos brasileiros na área de prevenção do HIV/AIDS, o que produziu forte tensão entre a USAID e as instituições da sociedade civil organizada, que tinham recebido recursos para implementar atividades junto a profissionais do sexo e gays e outros HSH. Entretanto, a despeito das tensões e das muitas pressões vindas de Washington, a USAID finalmente decidiu que os projetos que estavam em andamento receberiam a totalidade dos recursos orçamentários previstos e seriam autorizados a concluir suas atividades até ao final de 2005 (Correa *et al*, 2011). Todavia, a suspensão, em 2005, do acordo de cooperação com a USAID sobre prevenção da transmissão do HIV, aconteceu como consequência das reações à cláusula da prostituição, por parte do Ministério da Saúde, da Rede Brasileira de Prostitutas e das ONG que atuam em programas de prevenção do HIV.

O Dr. Pedro Chequer (2014), em entrevista para esta tese, resume assim o sucesso deste processo:

Um ponto muito importante {nas políticas públicas de combate ao HIV/AIDS no Brasil, entre 2001 e 2010} que entendo como louvável, foi a intervenção [em relação à postura] do governo americano. Em 2004, quando Bush era Presidente, que por um lado promoveu diagnóstico e tratamento, houve um retrocesso científico muito grande, não só na AIDS. Houve uma legislação americana, passada e sancionada no senado, que proibia o financiamento, com o

recurso financeiro americano, que é o caso do USAID, de financiamento de projetos com profissionais do sexo. Creio que foi um momento importante para demonstrar o compromisso do Brasil com os Direitos Humanos e com o tema do envolvimento da sociedade civil organizada como atores, e não só recetores de recursos. Na época foi tomada a decisão de rejeitar os 40 milhões de dólares do governo americano. Foi muito importante como manutenção deste ponto de vista.

Também o Dr. Richard Parker (2014), igualmente em entrevista para esta tese, elogia esta intervenção do PNA:

A coragem do governo brasileiro, acho que foi em 2004, de recusar o dinheiro da USAID, da questão dos direitos dos trabalhadores do sexo, era super importante. Nenhum outro país fez isso. É uma coisa que eu acho que todo mundo no movimento de AIDS brasileiro sentiu orgulho dessa posição. Inclusive nós perdemos dinheiro por causa disso.

4.5 Lições aprendidas ao longo da década 2001-2010

É possível reunir um conjunto de lições aprendidas na implementação de políticas públicas de combate ao HIV/AIDS no Brasil entre 2001 e 2010. Simão e Barbosa (2010) apontam as principais lições aprendidas durante a primeira década dos anos 2000, reforçadas no estudo de caso até então apresentado.

Uma primeira lição aponta para o facto de o envolvimento da sociedade civil, dos profissionais de saúde e de outros setores da sociedade que exercem a função de controle social sobre as políticas públicas na elaboração, implementação, monitorização e avaliação das estratégias de enfrentamento da epidemia ser uma boa prática. Estas categorias de profissionais estão representadas em conselhos e comissões em âmbito de consulta e de decisão na saúde. Tal qual afirmado por Chequer (2014) e Simão (2014), apesar de por momentos haver debates acesos com os representantes das organizações da sociedade civil, o PNA sempre chegou a consenso, não havia a necessidade de imposição durante a década em análise, pelo que o PNA e a sociedade civil sempre discutiram pelo mesmo objetivo. Exemplos disto são a postura do Brasil na emissão do licenciamento compulsório e na recusa dos recursos do USAID.

Outra lição é a de que a resposta brasileira se caracteriza, desde o seu início, por uma combinação equilibrada entre uma autoridade nacional única ao nível federal, com grande manejo de recursos e capacidade de decisão (anteriormente o Programa de DST e AIDS, atualmente o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais) e o processo de descentralização, que marca a construção e ampliação do sistema público de saúde. Numa conjuntura de epidemia concentrada, com desigualdade de distribuição regional e populacional, a institucionalização das ações de prevenção e assistência na rotina dos

serviços de saúde deve ser feita mediante a negociação entre a autoridade nacional e as instâncias estaduais e municipais. A manutenção do equilíbrio adequado entre a autoridade nacional e as autoridades em saúde de Estados e municípios tem encontrado nos planos operacionais uma boa prática. Os planos são estratégias de consolidação e pactuação de ações já em andamento, mas que se mostram dispersas e irregulares, e que, com os planos, ampliam-se à escala nacional, garantindo a consolidação e manutenção das ações. Na elaboração destes planos, o diálogo entre a autoridade nacional e as instâncias locais é a garantia do sucesso. De entre os planos ora em andamento, citam-se: o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e DST; o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congénita; o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST entre Gays, outros HSH e Travestis. Acerca desta aprendizagem, também em entrevista para esta tese, Simão (2014) reforça que *“(...) a pactuação dos Planos Integrados é uma conquista do PNA brasileiro em consequência do respeito ao perfil da epidemia e da abordagem colaborativa das organizações da sociedade civil”*.

E para Parker (2014) e Chequer (2014), em distintas entrevistas para esta tese, a descentralização das estratégias de combate ao HIV/AIDS reforçam os pressupostos do SUS, apesar de alguns constrangimentos no nível municipal. Também reforça esta lição as palavras de Simão (2014), em entrevista para esta tese, quando afirma que *“(...) no Brasil temos dos melhores controles sociais do mundo, onde há a efetiva participação da sociedade civil, da académica, de outros setores do Estado”*.

Além disso, também a priorização das ações de assistência à saúde e prevenção, que estão no mesmo patamar de intensidade e são entendidas como direitos essenciais no campo da saúde, é considerada uma lição. As palavras de Simão (2014), na mesma entrevista, reforçam isto quando diz que *“(...) no Brasil a prevenção nunca esteve dissociada do tratamento (...). E mesmo contra as orientações internacionais o Brasil investiu massivamente em tratamento”*.

Também o facto de a resposta brasileira à AIDS ser marcada pela compreensão da epidemia no quadro da vulnerabilidade e dos Direitos Humanos é outra lição. Isso implica a valorização das identidades de grupos e populações, o respeito pela diferença e a valorização da diversidade. Exemplo dessa boa prática são os projetos estratégicos, as campanhas de prevenção no Carnaval, bem como aquelas dirigidas às populações vulneráveis, como apresentado anteriormente.

Outra lição percebida pela intervenção do PNA, na década em análise, é a ênfase nos Direitos Humanos e no acesso universal ao tratamento, de onde derivam: a preocupação crescente com a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e AIDS, que se reflete em ações de combate à discriminação na comunidade; a ampliação da estrutura legal de

proteção no local de trabalho; a garantia do anonimato no tratamento; a garantia de direitos e benefícios sociais; a garantia de acesso a vacinas e a procedimentos para prevenção de doenças; a ampliação dos procedimentos que visam minimizar os efeitos adversos da TARV (preenchimento facial, tratamento da lipodistrofia e das doenças hepáticas, exercícios físicos, etc.); o acompanhamento por equipas de saúde multiprofissionais (médicos, psicólogos, enfermeiras, assistência farmacêutica, saúde bucal, etc.); a abordagem interdisciplinar; entre outras medidas que garantam a melhoria da qualidade de vida das pessoas seropositivas. O acompanhamento do paciente HIV positivo apresenta uma complexidade cada vez maior e a isso se conjugam os esforços para evitar os óbitos precoces e os diagnósticos tardios. Os esforços para elevar a qualidade de vida das pessoas a viver com HIV e AIDS implicam estratégias para ampliar o acesso e o vínculo dos pacientes aos serviços. Nota-se a ênfase desta lição na intervenção do Brasil no licenciamento compulsório, como explicado anteriormente. É também nesta sequência que surgem as impressões de que, como aponta Parker (2014) em entrevista para esta tese “(...) o Brasil, na década dos anos 2000, tinha o melhor programa de combate ao HIV/AIDS do mundo”.

Mais uma lição diz que a ampliação e estabilização do regime democrático brasileiro, além do forte investimento em programas de inclusão social e de elevação do nível de escolaridade da população brasileira, são reconhecidas como fatores que contribuem para a redução da vulnerabilidade estrutural social e programática. Neste sentido, quando entrevistados para a presente tese, Chequer (2014), Mesquita (2014) e Parker (2014), recordam que durante a gestão do governo Lula houve sempre uma preocupação legítima no combate ao HIV/AIDS, com o envolvimento dos mais altos escalões políticos, desde o Presidente, Vice-presidente e Ministros manifestaram por diversas vezes que o HIV/AIDS é uma prioridade. Ainda a este respeito, lembra Mesquita (2014) em entrevista para esta tese que “...no Brasil o combate ao HIV/AIDS não é um programa de governo, mas sim do Estado.”

Uma última lição que fica revelada na realização deste estudo de caso, é que a intervenção do PNA brasileiro, ao longo da primeira década de 2000, é fundamentada num Sistema Público de Saúde fortalecido a partir dos seus princípios doutrinários e organizacionais, ou seja, a partir de pressupostos que produzem resultados de qualidade e se caracterizam por: universalidade (a saúde é um direito de todos); integralidade (a atenção à saúde inclui tanto os meios curativos, como os preventivos, tanto os individuais, como os coletivos); equidade (todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde); participação da comunidade (controle social exercido pelos usuários por meio de conferências e conselhos em todos os níveis); descentralização político-administrativa (o SUS existe e atua nos níveis nacional, estadual e municipal); hierarquização e regionalização (serviços de saúde divididos em níveis de complexidade).

CAPÍTULO V – ESTUDO DE CASO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE COMBATE AO HIV/AIDS EM PORTUGAL

Como sugere Oliveira (2006), é muito importante na análise da implementação de políticas públicas em HIV/AIDS o enquadramento político-administrativo em que esta se insere. Diante disto, o presente capítulo inicia-se apresentando o surgimento e desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal, apontando as principais reformas implementadas até ao início dos anos 2000. Neste contexto, a seguir, expõe-se o surgimento do Programa Nacional de combate à AIDS – PNA – português pretendendo-se, deste modo, perceber se os valores, ideias e estratégias comuns no desenvolvimento do SNS são reproduzidos na política pública de combate ao HIV/AIDS. Além disto, sobre as políticas públicas de combate ao HIV/AIDS implementadas em Portugal, serão reveladas as principais estratégias utilizadas pelo referido PNA junto das populações consideradas mais vulneráveis, bem como algumas considerações acerca das campanhas de combate ao HIV/AIDS que foram implementadas por este. O presente capítulo propõe ainda apresentar quem foram os coordenadores deste Programa entre 2001 e 2010 e como é que o PNA português atuou junto das organizações da sociedade civil e das instâncias de influência internacional, no mesmo período. Por fim, e lembrando que segundo Oliveira (2006:274), é a etapa de implementação “ (...) que vai levar aos resultados finais das políticas, programas ou projetos”, o capítulo apresenta as principais conclusões acerca da implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS em Portugal durante a década citada.

Assim, o estudo realizado acerca da implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS em Portugal será revelada através da descrição de eventos e situações, que demonstram a relação do PNA português junto à ação das instituições da sociedade civil e à influência internacional. Objetiva-se, neste capítulo, expor informações relevantes para as diferenças na implementação das Políticas Públicas de combate ao HIV/AIDS no Brasil e em Portugal, considerando as variáveis independentes propostas nesta tese, ou seja, a presença de um PNA institucionalizado, a existência de instituições de grupos de interesse e a influência internacional exercida pelas Metas da UNGASS.

A construção dos dados revelados a seguir, acerca do estudo de caso português, deu-se a partir da realização de entrevistas semiestruturadas realizadas com informantes privilegiados, sendo estes o atual diretor do PNA português (Dr. Antonio Diniz) e 2 ex-diretores da mesma instituição (que desempenharam funções entre 2003 e 2012 – Dr Meliço-Silvestre e Dr Henrique Barros, respectivamente); 2 ex-diretores da ABRAÇO (que faziam parte desta entre 2001 e 2010), que atualmente fazem parte do GAT: Dr. Luís Mendão e Dr. Pedro Silvério; e, por fim, foi abordado também o ex-Presidente da ABRAÇO (que esteve

neste cargo durante 20 anos, mas que negou-se a falar de políticas públicas de HIV/AIDS, visto atualmente desempenhar funções executivas numa Junta de Freguesia, em Lisboa). Procedeu-se também à análise de documentos e bibliografia que revelam indícios da atuação do PNA português no âmbito da política pública de combate ao HIV/AIDS, em relação às instituições da sociedade civil e da influência das Metas da UNGASS como propõe a questão norteadora da presente tese: “Como é que em países sujeitos à mesma influência internacional, possuidores de Programas Nacionais de combate do HIV/AIDS e grupos de interesse institucionalmente constituídos, apresentam tendências tão distintas na taxa estimada de prevalência do HIV na população adulta?”.

5.1 Do SNS – Serviço Nacional de Saúde ao Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA

Sem o SNS, a luta contra o HIV/AIDS em Portugal seria feita em condições bem mais precárias, pois na resposta ao HIV/AIDS, segundo Ribeiro e Sacramento (2014:238-239), é necessário que todas as atividades inerentes ao sistema de saúde sejam capazes de promover, restaurar ou manter a saúde e sejam efetivas, assentes em processos racionais de gestão que permitam a mobilização adequada dos recursos e a organização da produção dos cuidados de saúde.

Sendo assim, o entendimento sobre a intervenção do PNA na fase de implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS em Portugal, entre 2001 e 2010, depende também da compreensão acerca do sistema de saúde português, e não apenas das políticas de combate ao HIV/AIDS, reconhecendo como surge e quais os valores e princípios que fundamentam a ação do Estado não só na temática do HIV/AIDS, mas em toda a saúde.

Neste sentido, pretende-se apresentar um breve histórico do sistema de saúde português, até ao surgimento do SNS e, neste contexto, a institucionalização das estratégias nacionais de combate ao HIV/AIDS em Portugal, através da criação do PNA. Em 1990, ano de sua criação, o PNA tinha a denominação de CNLCS, e atualmente, desde 2012, tem o nome de Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA, que integra o conjunto de oito programas prioritários desenvolvidos pela Direção-Geral da Saúde (Portugal, 2012). Diante disto, é importante conhecer a evolução do sistema de saúde português, pois este conhecimento auxilia a melhor compreensão dos fatores que mais influenciam o seu desenvolvimento e a sua configuração atual (OPSS, 2003).

5.1.1 Breve histórico do SNS

Para Barreto (2002), nos finais da década de 1950 e princípio de 1960, alguns acontecimentos marcaram a cronologia histórica do país. Portugal é, em 1959, um dos fundadores da *European Free Trade Association* (EFTA), resposta de alguns países à criação do Mercado Comum Europeu. Não só é atenuado um relativo isolamento político internacional do regime autoritário de Salazar, como se inicia um processo de abertura da economia ao exterior (do comércio e da indústria, especialmente), designadamente aos países europeus.

Além disso, segundo Amendoeiro (2009) e Manso (2013), também durante a segunda metade do século XX Portugal passou por sucessivas reformas, em períodos curtos de tempo, que geraram transformações de suma importância: democratização e descolonização, em 1974; entrada na Comunidade Económica Europeia (CEE), em 1985; e integração na União Monetária Europeia, em 2000. Estes factos, segundo Amendoeiro (2009), influenciaram a organização dos serviços de saúde em Portugal e, conseqüentemente, do SNS, influenciado pelos “(...) conceitos religiosos, políticos e sociais da época (...) concretizando para dar resposta ao aparecimento das doenças” (idem:6).

Diversos autores (Branco e Ramos, 2001; Barros, 2002; OPSS, 2003; Amendoeiro, 2009; Manso, 2013) dividem o desenvolvimento do SNS, a partir de meados da década de 1940 até a atualidade, em fases distintas: i) antes dos anos 1970; ii) do início dos anos 1970 a 1985 – estabelecimento e expansão do SNS; iii) de 1985 a 1995 – regionalização do SNS e novo papel para o sector privado; e iv) de 1995 a 2005 - uma nova gestão pública para o SNS (do original, em inglês, *new public management*).Entretanto, serão expostas a seguir as principais considerações destes autores sobre o desenvolvimento do SNS, até ao início dos anos 2000.

Segundo Barros (2002), no sector da saúde, até ao início dos anos 1970, coexistiam varias instituições com raízes diferentes na história do País, que podem resumir-se, em traços gerais, da seguinte forma: i) as Misericórdias, instituições centenárias de solidariedade social, que ocupavam um lugar de relevo na saúde – geriam grande parte das instituições hospitalares e outros serviços de saúde por todo o País; ii) os Serviços Médico-Sociais, conhecidos na época como “postos das Caixas”) que prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixas de Previdência. Estas constituíram a versão portuguesa do “regime do bem-estar” na saúde – quotização obrigatória do empregado e do empregador para financiar o acesso aos cuidados de saúde. Ao contrário do que aconteceu noutros países europeus, as Caixas de Previdência desenvolveram os seus serviços médicos próprios (ambulatórios); iii) os Serviços de Saúde Pública que estavam vocacionados essencialmente para a protecção da saúde (vacinações, protecção materno-

infantil, saneamento ambiental, entre outras valências); iv) os Hospitais estatais, gerais e especializados, que se encontravam principalmente localizados centros urbanos; e por fim, v) os Serviços Privados, que eram dirigidos aos estratos socioeconómicos mais elevados.

Em 1971, o sistema de saúde e da assistência em Portugal sofreu uma reforma que constituiu já um esboço de um verdadeiro SNS (Barros, 2002; OPSS, 2003; Eira, 2010). As bases para o futuro SNS são lançadas com o Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro – conhecida como a Reforma de Gonçalves Ferreira – que promulga a organização do Ministério da Saúde e Assistência. São explicitados os princípios i) do reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses (cabendo ao Estado assegurar esse direito, através de uma política unitária de saúde, da responsabilidade do Ministério da Saúde), ii) da integração de todas as atividades de saúde e assistência, com vista a tirar melhor rendimento dos recursos utilizados e, ainda, iii) do planeamento central e de descentralização na execução, dinamizando-se os serviços locais (OPSS, 2003; Amendoeiro, 2009; Eira, 2010).

Esta reforma do sistema de saúde e da assistência, legislada em 1971, que incluiu o estabelecimento dos Centros de Saúde “de primeira geração” (Eira, 2010:14), foi concebida no espírito daquilo que, 7 anos mais tarde, vem a ser declarado, em Alma Ata, como “cuidados de saúde primários”. Apesar de uma implementação limitada, forneceu a base para o futuro SNS (OPSS, 2003).

A revolução democrática do 25 de abril de 1974 e a Constituição de 1976 mudaram Portugal profundamente. Emergiram novas políticas sociais. A criação de um SNS foi vista como a resposta mais adequada à necessidade de uma cobertura mais extensa e equitativa de serviços de saúde (Amendoeiro, 2009).

Em 1976, o “despacho Arnault” abriu acesso aos postos de Previdência Social (mais tarde Segurança Social) a todos os cidadãos independentemente da sua capacidade contributiva. Também, segundo Eira (2010:14) em 1976 a “aprovação da nova Constituição da República Portuguesa constando, (...), o direito de todos os cidadãos à proteção da saúde (estando o Estado, prioritariamente, incumbido de garantir o acesso de todos os cidadãos) e o dever dos cidadãos de defender e promover a saúde”, como se lê no seu Artigo 64º - Saúde (Portugal, 2005), deve ser considerado um marco no desenvolvimento do sistema de saúde de Portugal.

Neste Artigo da Constituição de Portugal lê-se que “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. O direito à proteção da saúde é realizado: a) através de um SNS universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito; b) pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como

pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável” (Portugal, 2005).

E ainda lê-se que

Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação; b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde; c) Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos; d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade; e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico; f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência. (Portugal, 2005, nº 3, art. 64º)

E, por fim, reforçando a importância da participação e descentralização, que o “serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada” (Portugal, 2005).

Como expresso acima, a nova Constituição estabelecia que todos tinham direito à proteção da saúde, o qual se realizaria através da criação de um SNS universal, geral e gratuito. Também faz referência ao desenvolvimento económico, social e cultural de forma a assegurar e a promover a saúde (OPSS, 2003).

Apesar disto, Barros (2002), lembra ainda que em Portugal uma parte influente do associativismo médico opunha-se publicamente à criação do SNS, propondo como alternativa um sistema de saúde baseado na “medicina convencionada”, ou seja, no financiamento público da medicina privada como forma de melhor assegurar o acesso da população portuguesa aos cuidados de saúde. Propunha também a criação de condições de trabalho e remuneração aceitáveis para os médicos. Para o autor “(...) esta fratura entre o SNS e uma parte importante do associativismo médico teve (...) importantes implicações para o sistema de saúde português” (2002:62).

Entretanto, e apesar desta oposição, em 1979 é criado o SNS, através da Lei nº 56/79, de 15 de setembro (Portugal, 1979). A partir de então, o Estado fica responsável por assegurar o direito à saúde a todos os cidadãos (compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social), independentemente da sua condição económica e social (OPSS, 2003; Eira, 2010), como propunha a constituição em 1976.

Assim, para Barros (2002), dois aspetos fundamentais caracterizaram a configuração do SNS na altura de seu surgimento: o financiamento a partir do orçamento geral do Estado

e a integração das várias estruturas de prestação de cuidados de saúde num sistema único. Nota-se, ainda segundo o mesmo autor, que a adoção e implementação do SNS, em 1979, está associada à democratização do País. As circunstâncias dessa democratização marcaram o desenvolvimento do SNS nos seus primeiros anos, originando, conseqüentemente, uma grande debilidade estrutural na construção do SNS em função dos seguintes aspetos: i) frágil base financeira e ausência de inovação nos modelos de organização e gestão, na altura em que começavam a expandir-se as infraestruturas do SNS; ii) estado de coexistência assumida entre o financiamento público do SNS e o da “medicina convencionada” (como forma de atenuar os efeitos da pressão do movimento médico associativista) e, simultaneamente, uma grande falta de transparência entre os interesses públicos e privados; e, por último, iii) dificuldade de acesso e baixa eficiência dos serviços públicos de saúde (2002: 61-63).

Em resumo, a criação do SNS fez parte da democratização política e social do país e permitiu, num período de tempo relativamente curto, uma notável cobertura da população portuguesa em serviços de saúde (Amendoeiro, 2009; OPSS, 2003).

Entretanto, em outubro de 1983, foi diagnosticado o primeiro caso clínico de HIV em Portugal e, para conhecimento da condição do país face à infeção pelo HIV, o Ministério da Saúde criou, em 1985, o Grupo de Trabalho da SIDA, que tinha como objetivos recolher informação sobre novos casos de infeção pelo HIV/AIDS; confirmar ou refutar os diagnósticos realizados; e implementar estratégias, a nível nacional, de prevenção da infeção (Portugal, 1985). O Grupo de Trabalho era constituído por representantes das Direcções-Gerais dos Cuidados de Saúde Primários e dos Hospitais, do Instituto Nacional do Sangue, do Centro de Histocompatibilidade do Sul e do Instituto Nacional de Saúde, este último com funções de Coordenador do Grupo, na pessoa da Prof^a. Doutora Laura Ayres (DGS, 2012), e funcionava no âmbito do Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis do INSA, IP (Santos, 2002).

A partir do ano em que o Ministério da Saúde cria o Grupo de Trabalho da SIDA (1985), e até 1995, Portugal é marcado por uma estabilidade política sem precedentes desde a revolução de Abril (Eira, 2010; OPSS, 2003). Durante esta década, Portugal tornou-se membro da CEE (agora UE) em 1986 e tornou-se possível o financiamento europeu para o desenvolvimento de infraestruturas sociais e económicas. Isto incluiu o sector da saúde. As instalações e equipamentos do SNS continuaram a expandir-se. Uma proporção crescente da riqueza do país era destinada à saúde. Vivia-se um período de crescimento económico e de estabilidade política. Os governos passaram a ser de legislatura, começando assim a haver governos com apoio maioritário no Parlamento. Começa, então, o “segundo impulso” europeu da economia e da sociedade portuguesa, depois do primeiro, o da EFTA e da

emigração dos anos sessenta. Tornou-se clara a necessidade de alterações de gestão e organizacionais para melhorar a efetividade e eficiência do sector da saúde (OPSS, 2003).

Entretanto, em 1989 ocorre a promulgação da 2ª Revisão Constitucional que, no Artº. 64, nº 2, alínea a), passa a definir que “o direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral e (...) tendencialmente gratuito” (Eira, 2010:15). Esta revisão muda o carácter totalmente gratuito do SNS para “tendencialmente gratuito”. A nova lei do SNS também significou que o financiamento da saúde começou a provir do Orçamento Geral do Estado substituindo o financiamento com base nos fundos sociais.

No ano seguinte, em 1990, é publicada a Lei de Bases da Saúde, através da Lei nº 48/90 de 24 de agosto (Portugal, 1990), importando referir a Base XII – Sistema de Saúde – Artº. 1º: “O Sistema Nacional de Saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas (...), entidades privadas e por todos os profissionais livres (...)”, ou seja, surge uma nova e ampla conceção do sistema de saúde, integrando SNS, entidades privadas e profissionais liberais. Esta lei garante que o Estado pode atuar através de serviços próprios, celebrar acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde e apoiar e fiscalizar a restante atividade privada na área da saúde. Ainda neste ano o Governo introduziu taxas moderadoras no SNS, com exceção para grupos de risco e economicamente desfavorecidos.

Entretanto, em 1993 é criado o Estatuto do SNS, através do Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de janeiro, reforçando a separação entre sistema de saúde e SNS (Artº. 1 “O Serviço Nacional de Saúde (...) é um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministro da Saúde”) e incentivando a intervenção do sector privado na prestação de cuidados Artº. 28 “A gestão de instituições e serviços do SNS pode ser entregue a outras entidades mediante o contrato de gestão ou a grupo de médicos em regime de convenção”) (Portugal, 1993).

Deste modo, para Amendoeiro (2009:7) a Lei de Bases da Saúde e o Estatuto do SNS tentam

“(...) ultrapassar a dicotomia entre os cuidados de saúde primários e diferenciados, através da criação de unidades integradas. As unidades integradas de saúde pretendem viabilizar a articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais. Procura-se uma gestão de recursos mais próxima dos destinatários.”

Ainda em 1993 foram estabelecidas 5 regiões administrativas de saúde (Administrações Regionais de Saúde), assim como “unidades funcionais” entre hospitais e centros de saúde. Estas últimas tinham como objetivo conseguir uma melhor integração entre cuidados primários, secundários e terciários (Barros, 2002). Percebe-se através destas

Administrações Regionais de Saúde uma ação que contempla o princípio da descentralização proposto pela Constituição Portuguesa.

A partir do final de 1995, segundo diversos autores (Barros, 2002; OPSS, 2003; Amendoeiro, 2009; Manso, 2013), o SNS inicia um processo de reforma centrado em princípios da nova gestão pública, ou *new public management*. Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2003), esta gestão caracterizou-se por:

- I. Uma ampla “Estratégia para a viragem do século” desenvolvida entre 1996 e 1999 (esta estratégia incluía metas de 5 e 10 anos para ganhos em saúde e desenvolvimento de serviços, embora a sua implementação e monitorização tenham sido descontinuadas quando uma nova equipa ministerial entrou em funções no final de 1999);
- II. Uma empresarialização pública no desenvolvimento dos hospitais e centros de saúde (foi decidido, em 1996, que todos os hospitais deveriam adotar novas formas de gestão, mais flexíveis e autónomas, de “empresas públicas”. Durante o período compreendido entre 1996 e 1999 iniciaram-se uma série de projetos experimentais na reorganização dos cuidados de saúde primários. Estas experiências também inspiraram a legislação de 1999 que via os centros de saúde como organizações em rede);
- III. Um desenvolvimento da qualidade, através de uma nova abordagem que foi desenhada e implementada para promover a qualidade no sector da saúde (isto incluiu a criação do Instituto da Qualidade em Saúde);
- IV. Uma nova política de recursos humanos, através da qual, em 1998, o Conselho de Ministros adotou uma resolução criando mais duas escolas de medicina públicas, reforçando o ensino da enfermagem, promovendo mais capacidade de investigação e melhor coordenação entre as instituições onde se faz a formação pré e pós graduada dos profissionais de saúde;
- V. Melhorias nas infraestruturas da saúde pública (foram criados 5 centros Regionais de Saúde Pública, desde 1999, com o objetivo de reforçar a saúde pública ao nível regional e local através de fornecimento de perícia em epidemiologia e liderança na promoção e gestão da saúde);
- VI. Uma reengenharia do sistema;
- VII. Uma distinção entre o financiamento e a prestação de cuidados de saúde; e
- VIII. Sistemas Locais de Saúde (estabelecidos em 1999 são um conjunto de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, que visam facilitar a participação social e que, em

conjunto com os centros de saúde e hospitais, pretendem promover a saúde e a racionalização da utilização dos recursos).

Em 2001, o Ministro da Saúde estabeleceu normas formais para o desenvolvimento de Planos Diretores Regionais para os hospitais e centros de saúde do SNS. Simultaneamente, anunciou planos para estabelecer Parcerias Público-Privado (PPP) para a construção de novos hospitais. Mas para o OPSS, em 2001, o SNS apresenta os seguintes constrangimentos: estabelecem-se metas desnecessariamente excessivas em aspetos de grande visibilidade, como são o financiamento da saúde e as "listas de espera"; tomam-se medidas de intervenção, sem qualquer quadro de referência explícito; acentua-se o clima de centralização e de diminuição da transparência informativa; e consuma-se a quase completa descontinuidade nas principais medidas da reforma antes preparadas.

Desde a revolução de 1974 até ao início dos anos 2000 pode ser identificado um esforço sustentado para melhorar a saúde e os serviços de saúde (OPSS, 2003; Amendoeiro, 2009; Eira, 2010). Em larga medida, estes esforços consistiram no aumento do financiamento da saúde, na expansão dos serviços de saúde – quer em termos de instalações, quer na adopção de novas tecnologias médicas e de informação – melhoria do acesso a medicamentos e esforços contínuos de melhorar a organização e gestão do SNS (OPSS, 2003; Eira, 2010).

No entanto, segundo o OPSS (2003), reformas bem-intencionadas foram muito frequentemente implementadas de forma incompleta, quer por limitações de gestão, resistência à mudança ou descontinuidade política. O facto é que, ao longo dos últimos quarenta anos, foi frequentemente observado pelo OPSS (2003) que, no mesmo ciclo político, com o mesmo Primeiro-Ministro, a mudança de equipas ministeriais levou a alterações substanciais nas agendas políticas.

Já para outros autores (Amendoeiro, 2009; Ribeiro e Sacramento, 2014), as dificuldades para a implementação das políticas públicas de saúde em Portugal, justificam-se pois estas têm-se pautado por duas orientações, as quais as têm marcado de forma decisiva: medicocentrismo e hospitalocentrismo na organização dos serviços de saúde, que configuram o etnocentrismo em relação à cultura médica. Percebe-se isto uma vez que, em toda a segunda metade do século XX e, em continuidade, no início deste século, apesar da centralidade da saúde ser politicamente referenciada ao cidadão, assiste-se a uma desvalorização do indivíduo como participante ativo do processo de saúde, deixando aos profissionais e aos contextos a vantagem de relações dominantes, caracterizadas essencialmente por assimetrias e desigualdades sociais. Resulta, portanto, numa prevalência do paradigma mecanicista sobre o paradigma humanista, com conseqüente oposição entre uma visão técnica e uma visão humana.

Em suma, o SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social (Amendoeiro, 2009; Ribeiro e Sacramento, 2014). Tem como objetivo a efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva. Goza de autonomia administrativa e financeira, estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos de âmbito central, regional e local, e dispõe de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e serviços prestadores de cuidados de saúde diferenciados. É apoiado por atividades de ensino que visam a formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde.

Até ao momento debateu-se acerca do desenvolvimento do sistema de saúde português, com ênfase no SNS, mas pouco se referiu a política pública de combate ao HIV/AIDS em Portugal. Deste modo, a seguir, serão expostas as principais características da política pública de combate ao HIV/AIDS de Portugal, a partir do surgimento dos primeiros casos de AIDS em Portugal e do processo de institucionalização desta política pública no sistema de saúde português, que se deu com a criação da CNLCS, em 1990. Objetiva-se, assim, perceber de que forma os princípios do SNS são refletidos nesta política pública até ao início dos anos 2000.

5.1.2 Do surgimento da CNLCS - Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA ao início dos anos 2000.

Como afirmado anteriormente, em outubro de 1983, foi diagnosticado o primeiro caso clínico de HIV em Portugal. Entretanto, dois anos depois o Ministério da Saúde criou, em 1985, o Grupo de Trabalho da SIDA, para dar a conhecer a condição do país face à infeção pelo HIV – apesar de ter, também, como objetivos recolher informação sobre novos casos de infeção pelo VIH/SIDA; confirmar ou refutar os diagnósticos realizados; e implementar estratégias, a nível nacional, de prevenção da infeção (Portugal, 1985). O Grupo de Trabalho funcionava no âmbito do Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA, IP) (Santos, 2002), o que lhe alocava um caráter consultivo, e não deliberativo. Ou seja, este Grupo de Trabalho não pode ser considerado como a instituição responsável pela implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS em Portugal, pois não previa a intervenção em todos os âmbitos da doença, dando ênfase apenas à prevenção.

Diante disto, o avanço da epidemia ditou, em 1990, a reformulação do Grupo de Trabalho, tendo-se criado uma nova estrutura, a CNLCS (Portugal, 1990; Santos, 2002; DGS, 2012), responsável pela definição e implementação de uma política pública nacional de combate ao HIV/AIDS (Lopes, 2000). Foi nomeada como coordenadora da CNLCS a Prof^a.

Doutora Laura Ayres, que em Janeiro de 1992 faleceu levando à nomeação de um novo coordenador, o Prof. Doutor Machado Caetano (DGS, 2012).

Nota-se, assim, que de forma ainda mais acentuada do que aconteceu em muitos outros países, Portugal demorou demasiado tempo (visto que o primeiro caso, como afirmado anteriormente, fora diagnosticado em 1983) a agir e a implementar respostas pró-ativas, seletivas, integradas e socialmente envolventes na abordagem à infeção pelo HIV/AIDS no país (Santos, 2002; Ribeiro e Sacramento, 2014), institucionalizando as políticas públicas de combate ao HIV/AIDS através da criação do seu PNA. Três anos a seguir, em 1993, o Ministro da Saúde aprovou o primeiro programa nacional de intervenção em HIV/AIDS conhecido como Plano Nacional de Luta Contra a AIDS, cuja coordenação ficava atribuída à Prof^a. Doutora Maria Odette Ferreira, que assumira o cargo de Coordenadora da CNLCS no ano anterior. Este Plano orientou a ação do PNA português até ao ano de 2000 (ano este em que também a Prof^a. Doutora Maria Odette Ferreira deixa as funções de Coordenadora). O Plano Nacional de Luta contra a AIDS concentrava na CNLCS a prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS, mas afirmava ser sua prioridade "(...) privilegiar o desempenho das ONG no âmbito das atividades concretas a desenvolver no campo de luta contra a AIDS" (CNLCS, 1993).

Assim, a CNLCS era responsável pela promoção de sucessivas campanhas publicitárias visando a prevenção do HIV/AIDS. Até ao ano 2000, destacam-se três dessas campanhas. Entre 1991 e 1993, foram criadas campanhas de solidariedade para com as vítimas do HIV/AIDS dirigidas ao público em geral, com o principal objetivo de evitar a exclusão social e a discriminação. Em 1997, a CNLCS lançou a campanha Crianças a Viver num Mundo com AIDS, parte de uma ação conjunta proposta pela ONU dirigida à população mais jovem (até aos 18 anos). No âmbito da Exposição Universal conhecida como Expo 98, em Lisboa, foi promovida a campanha Classificados, assim designada por ter sido exposta nas páginas dos jornais reservadas aos anúncios classificados e que se destinava a incentivar o uso de preservativos por parte dos clientes de prostitutas. Nesse mesmo ano de 1998, foi festejado pela primeira vez no país o Dia Mundial de Luta contra a AIDS, a 1 de dezembro, com o objetivo de promover a prevenção e consciencialização sobre a epidemia. Nota-se que estas campanhas eram geralmente dirigidas à população em geral, utilizando uma linguagem inadequada às especificidades dos diferentes públicos-alvo, considerados mais vulneráveis à epidemia (Santos, 2002).

Para além das atividades desenvolvidas pela CNLCS, iniciativas por parte de outras instituições públicas foram desempenhadas na luta contro o HIV/AIDS em Portugal, até ao início dos anos 2000. Em 25 de maio de 1991, o Supremo Tribunal de Justiça emitiu um assento relativo aos atestados médicos com implicações diretas para os portadores de HIV,

onde deixava de ser obrigatória a indicação do motivo concreto que impossibilita o comparecimento de pessoas perante a justiça, sendo apenas necessário indicar que a falta se justifica por motivo de doença (Santos, 2002). Também, no dia 21 de dezembro de 1993, por iniciativa do Ministério do Emprego e da Segurança Social, o Conselho de Ministros aprovou o Decreto-Lei nº 412/93 (Portugal, 1993) que, entre outros assuntos, determinou que 25% dos resultados líquidos da exploração de um jogo denominado Joker, por parte da Santa Casa da Misericórdia, bem como 25% do montante dos prémios caducados, sejam atribuídos a projetos e ações integrados na luta contra a AIDS.

Em 1996, foi decidido fornecer gratuitamente os medicamentos ARV a doentes infetados pelo HIV, garantindo assim a comparticipação do Estado português relativamente aos encargos com o tratamento da AIDS, através do Despacho nº 280/96, da Ministra da Saúde (Portugal, 1996).

A 14 de janeiro de 1998, sob financiamento da CNLCS, foi inaugurado, em Lisboa, o Centro de Rastreio Anónimo, estatal, constituindo o primeiro centro de despistagem do HIV/AIDS confidencial e gratuito. Oito meses depois, a 16 de setembro, inaugurou-se o segundo centro, desta feita privado, pertencente à Fundação de Nossa Senhora do Bom Sucesso. Importa referir que os primeiros testes de AIDS proporcionados de forma confidencial e gratuita datam de 1993 e eram realizados no Centro Laura Ayres, em Coimbra. Estas iniciativas também eram financiadas pela CNLCS (Santos, 2002).

A 16 de julho de 1998, por sugestão do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, foi aprovado o Decreto-Lei nº 216/98 (Portugal, 1998), estabelecendo condições de acesso a pensões por invalidez por parte de pessoas infetadas com o HIV, condições mais favoráveis do que as permitidas pelo regime geral de segurança social. Tais condições consistem, por exemplo, numa forma de cálculo da remuneração mais vantajosa ou na bonificação da taxa anual de formação das pensões.

Ainda em 1998, por Despacho Conjunto dos Ministros da Educação, da Saúde, do Trabalho e Solidariedade e do Secretário de Estado da Juventude, no dia 8 de outubro, foram criadas as Comissões Distritais de Luta Contra a SIDA. Estas estruturas vinham responder à necessidade de descentralização da coordenação e execução das ações desenvolvidas no âmbito do Plano Nacional de Luta Contra a AIDS (Portugal, 1998).

Entretanto, tendo em vista a redefinição da missão da CNLCS, a sua reestruturação orgânica e a otimização da afetação dos recursos existentes, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 57/2000 nomeou um novo coordenador, Prof. Doutor Fernando Ventura, por três anos (Portugal, 2000), e a Resolução n.º 173/2000 atribuiu ao PNA a natureza de Estrutura de Projeto (DGS, 2012).

Para Santos (2002:602), “A década de 90 representou um avanço qualitativo e quantitativo nas iniciativas públicas (...) relacionadas com o tratamento e a prevenção do HIV/AIDS” em Portugal. Mas, apesar destes avanços, segundo Lopes (2001), dez anos após a criação do PNA português as grandes debilidades que caracterizavam a política pública de combate ao HIV/AIDS podem ser sintetizadas do seguinte modo:

(...) essas debilidades são marcadas por um modelo de reações públicas lentas e fragmentadas, tomadas muitas vezes em condições de emergência e não na sequência de um planeamento lógico, com medidas administrativas que não têm muitas vezes tradução em ações concretas, onde as campanhas de prevenção são caracterizadas por mensagens moralizantes diretas ou indiretas, onde as infraestruturas de apoio tendem a seguir lógicas de medicalização do HIV, onde não é dada nenhuma atenção especial aos aspetos psicossociais da AIDS, onde as campanhas não incluem mensagens de solidariedade e de sensibilização para a não-discriminação, ou só muito tardiamente o fazem, onde os mecanismos legais para a notificação e avaliação dos sistemas não estão desenvolvidos, onde a doença é gerida no quadro de serviços pré-existentes numa rede pública mínima e onde as instituições da sociedade civil são vistas como aqueles que vão preencher muitos vazios para os quais os serviços públicos não estão preparados” (idem: 183).

Assim, tendo apresentado até ao momento o desenvolvimento do sistema de saúde português, até ao surgimento da CNLCS, instituição responsável pelo PNA português, e a inserção desta Comissão no SNS até ao ano 2000, a seguir será dada ênfase ao processo de implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, no período compreendido entre 2001 e 2010, em Portugal.

5.2 A implementação da Política Pública de Combate ao HIV/AIDS em Portugal (2001 – 2010)

A análise que se segue, acerca da implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS desenvolvidas em Portugal, entre 2001 e 2010, pretende perceber como é que esta política se adequa, também durante a década em estudo, aos princípios do SNS. Também se objetiva perceber, entre os atores envolvidos nesta política pública, se os gestores de primeiro escalão têm o poder decisório e os demais atores, neste caso, as organizações da sociedade civil, são vistos como "meros" implementadores ou se os implementadores da política são convocados a pensar e decidir sobre a mesma, como questionam Sampaio e Araújo Jr (2006). Por fim, pretende-se compreender de que forma age a instituição responsável pela política pública de combate ao HIV em Portugal, ou seja, o PNA português, em função da influência internacional exercida pelas Metas da UNGASS, seguindo para tanto a abordagem proposta por Frey (2000).

Deste modo, e a partir da coordenação do Dr. Fernando Ventura, que assumira suas funções em 2000, como explicado anteriormente, o modelo vigente desde 2001 de organização de cuidados às pessoas vivendo com HIV/AIDS é composto por inúmeras estruturas de apoio (hospitais) e referência (centros de diagnóstico e aconselhamento), que pretendem responder às necessidades desta população. Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2001) o ponto central de todo o modelo, dada a maior concentração de recursos, são os cuidados diferenciados, que através dos hospitais, pelas unidades ou serviços de infeciologia, diagnosticam, tratam e monitorizam a pessoa no decurso da sua doença. Os hospitais são então considerados centros de referência (Santos, 2011) e possuem valências de internamento e de ambulatório, caracterizando-se por reunirem um grande conjunto de recursos humanos, técnicos e materiais que possibilitam a prestação de cuidados de forma altamente diferenciada. Atualmente, em Portugal todos os hospitais distritais e centrais dispõem de pessoal especializado nessa área e de medicamentos ARV e demais equipamentos necessários à realização de exames complementares (Santos, 2002).

Os outros níveis de cuidados e todas as organizações que se movimentam em redor das pessoas que vivem com HIV prestam cuidados direcionados a problemas ou projetos concretos, de acordo com a evolução da infeção. Assim, em relação ao atendimento de pessoas que vivem com HIV/AIDS, os cuidados de saúde primários desempenham um papel mais periférico, sendo os Centros de Saúde responsáveis pelo acompanhamento de outros problemas de saúde, por ações de prevenção da infeção, promoção de saúde, diagnóstico e referência para os centros diferenciados de acompanhamento destas pessoas, ou seja, para os hospitais. Segundo Santos, "(...) apesar da centralização do tratamento a nível hospitalar, constata-se que a prestação de cuidados é realizada de forma fragmentada entre os vários recursos, devido há existência de múltiplas estruturas, pouco integradas e articuladas" (2011:3).

Entretanto, o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril, apresenta alguns aspetos importantes acerca dos cuidados de saúde primários e que ainda hoje vigoram, apesar da mutação permanente do sistema (Portugal, 2003a). Assim, o artigo 1.º estabelece que:

1. A rede de prestação de cuidados de saúde primários é constituída pelos centros de saúde integrados no SNS, pelas entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde primários a utentes do SNS nos termos de contratos celebrados ao abrigo da legislação em vigor, e, ainda, por profissionais e agrupamentos de profissionais em regime liberal, constituídos em cooperativas ou outras entidades, com quem sejam celebrados contratos, convenções ou acordos de cooperação;
2. A rede de cuidados de saúde primários promove, simultaneamente, a saúde e a prevenção da doença, bem como a gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos, tendo em conta a sua dimensão física, psicológica, social e cultural, sem discriminação de qualquer natureza,

através de uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e a comunidade em que se insere. (Portugal, 2003a).

Contudo, a CNLCS concebeu o Plano Estratégico de Luta contra a Infeção pelo HIV/AIDS, para o triénio 2001-2003, cujas áreas prioritárias de intervenção foram a política de informação e as ações de sensibilização social. Tendo como palavra-chave a prevenção, o Plano Estratégico apostara fortemente na criação dos chamados Centros de Aconselhamento e Deteção Precoce, uma rede que fora instalada em todos os distritos do País. Uma outra linha de ação relacionou-se com a prevenção primária, isto é, aquela que é desenvolvida entre pessoas não contaminadas (Santos, 2002). Este instrumento orientou a ação da CNLCS até ao final do mandato do Dr. Fernando Ventura. Em virtude de Portugal ter assumido, em 2002-2003, a Presidência do Conselho de Coordenação do Programa das Nações Unidas de Luta Contra a AIDS (ONUSIDA), o mandato do Coordenador, que terminava a 3 de maio de 2003, foi prorrogado até dia 30 de junho de 2003 (DGS, 2012).

No ano de 2001, o HIV/AIDS parece ter entrado na agenda política de Portugal. O Despacho nº 10429/2001, de 18 de maio de 2001, que determina a composição do Conselho Consultivo da CNLCS (Portugal, 2001), contou com uma apresentação pública, ainda em 2001 (no dia 4 de julho), com a presença do então recém-nomeado novo Ministro da Saúde português, António Correia de Campos. Neste Conselho participaram representantes de diversas áreas de intervenção, de que são exemplo o meio prisional, a toxicodependência, o meio escolar e algumas associações LGBT. Esta participação revela uma intenção por parte da CNLCS de incluir a sociedade civil num percurso coletivo de combate ao vírus e ao estigma a ele associado (Santos, 2002).

Além disso no mesmo ano, a Assembleia da República aprova a Resolução nº 54/2001, de 17 de Julho, apelando por uma política de cooperação no combate ao HIV/AIDS (Portugal, 2001a). Ainda em 2001, no dia 19 de novembro de 2001, por iniciativa do então Presidente da República português, Jorge Sampaio, realizou-se em Lisboa um seminário subordinado ao tema “O HIV/AIDS e os Direitos Humanos”, que reuniu cerca de quatrocentos especialistas e interessados na matéria. Dentre as intervenções feitas no âmbito desse seminário, realça-se o discurso de Jorge Sampaio, que ficou marcado por um apelo ao fim da discriminação que vitima doentes e infetados com HIV/AIDS (Santos, 2002). Com efeito, segundo os membros do GAT entrevistados para esta tese, Dr. Mendão e Dr. Silvério, o Presidente da República manifestou-se preocupado com a falta de atenção com as pessoas vivendo com HIV/AIDS e com a necessidade de intervenção em informação, conhecimento e solidariedade, pelo que afirmam que

(...) o então presidente Jorge Sampaio deu o devido reconhecimento e exercício dos direitos de cidadania das pessoas com HIV/AIDS [que até então era poucoíssimo expressivo]. E, para

que tal situação pudesse ser invertida, identificou como áreas urgentes de intervenção a informação, o conhecimento e a solidariedade. (Mendão e Silvério, 2014)

Recorda-se que foi também neste ano que foi assinada a Declaração de Compromissos da ONU para o HIV/AIDS, as Metas da UNGASS, da qual Portugal foi signatário, e como recordam Dr Mendão e Dr Silvério (2014), em entrevista para esta tese, Jorge Sampaio foi único chefe de estado presente nas Metas da UNGASS, o que contribuiu para ter trazido o HIV/AIDS para a agenda em Portugal. Segundo os entrevistados

Em 2001 o presidente Jorge Sampaio vai a Assembleia da UNGASS, e é o único chefe de estado da Europa Ocidental presente”. [Além disto julgam] ... que Jorge Sampaio, presidente da república entre 1995 e 2005 (...) teve um papel muito importante ao mais alto nível por ter colocado este assunto na agenda. (Mendão e Silvério, 2014)

Entretanto, em 2003, a 1 de julho, por Resolução do Conselho de Ministros n.º 121/2003, a CNLCS foi reestruturada em Unidade de Missão com duração proposta de 3 anos, por forma a melhor conduzir a coordenação e acompanhamento da luta contra a AIDS, em Portugal, tendo sido nomeado como Encarregado de Missão o Prof. Doutor António Meliço-Silvestre (DGS, 2012).

Na análise da Resolução n.º 121/2003 percebe-se que, com o estatuto de Unidade de Missão, o PNA passa a ter maior autonomia, reportando-se diretamente ao Ministério da Saúde. Além disso, assumiram-se como objetivos prioritários do PNA a diminuição significativa, para índices próximos dos europeus, dos valores da prevalência dos seropositivos HIV, tendo em consideração as suas próprias especificidades e o desenvolvimento progressivo do conceito de AIDS-doença crónica, apoiando integralmente os doentes e combatendo a discriminação pela informação criteriosa. Fica ainda evidente, nesta análise, a concentração de poder de decisão. Lê-se que o Encarregado de Missão passa a ser o responsável pela elaboração e implementação das diretrizes que nortearão as políticas públicas no âmbito do HIV/AIDS em Portugal, sendo uma estrutura na dependência direta do Ministério da Saúde, contando com o Conselho Consultivo da CNLCS, apenas no apoio e consulta, não sendo este Conselho deliberativo (Portugal, 2003). Consequentemente, mas aproximadamente um ano depois, através do Despacho n.º 12138/2004, o Ministro da Saúde, em 22 de julho de 2007, determina a constituição deste Conselho Consultivo.

No ano 2004, é lançado o Plano Nacional de Luta contra a AIDS, para o triênio 2004-2006, sob responsabilidade do então encarregado do PNA, Dr. Meliço-Silvestre. Este Plano foi elaborado com o apoio do Conselho Consultivo e dos responsáveis pelas Comissões Distritais de Luta contra a SIDA, não contando assim, formalmente, com membros das instituições da sociedade civil organizada na sua formulação. Entretanto, as áreas de intervenção priorizadas foram a epidemiologia; promoção da saúde e prevenção ao

HIV/AIDS; apoio social e promoção dos direitos; apoio e suporte hospitalar; apoio à sociedade civil; investigação e ensino; cooperação horizontal e parceria internacionais; e monitorização e avaliação (CNLCS, 2004).

Porém, segundo o Dr. Meliço-Silvestre (2014), as estratégias de implementação das políticas públicas neste período foram intensamente destinadas à prevenção e diagnóstico da população em geral. Nas palavras do Doutor, em entrevista para a tese, indica que

No meu período investimos fortemente na prevenção e rastreio com a população universitária, como um meio de chegar às mais diversas parcelas e cantos do país. Íamos, fazíamos rastreios, laboratoriais e teste rápido, prestávamos esclarecimentos e informações, e muitas vezes eles multiplicavam estes conhecimentos com os pais, amigos, em lugares que se assim não fosse, jamais fariam sobre o assunto.

Além disso, considerando, o Plano Nacional de Saúde, as Metas da UNGASS e o Plano Nacional de Luta contra a AIDS, ainda em 2004, o Encarregado da CNLCS, como era conhecido o Diretor do PNA naquele período, propõe a constituição da Plataforma Laboral Contra a AIDS, ou seja, “(...) *uma rede de entidades representativas do meio laboral, conscientes dos desafios que o HIV/AIDS representa e do importante papel que podem desempenhar no combate a esta epidemia*”. (Meliço-Silvestre, 2014)

Justifica esta proposta afirmando que a evolução da epidemia do HIV/AIDS em Portugal, leva a que, cada dia, sejam equacionadas respostas para tentar travar e, idealmente, inverter a sua tendência crescente. Reconhece, ainda, que “(...) *são vários os cenários onde a intervenção é necessária e fundamental, como a escola, a comunidade ou o meio laboral*”. E acrescenta que “esta urgência de ação não implica um juízo de valor que atribui a estes locais uma quota-parte de responsabilidade na escalada da epidemia, mas se prende, isso sim, com o papel que podem desempenhar numa resposta integrada e sustentada ao HIV/AIDS” (Meliço-Silvestre, 2005).

A Plataforma Laboral Contra a AIDS surge, deste modo, em Portugal, como a resposta necessária e urgente dos intervenientes do mundo do trabalho aos desafios colocados pela infeção pelo HIV/AIDS. Apresenta um carácter inovador pois integra Confederações Patronais, Sindicatos e Confederações Sindicais, Governo e uma entidade internacional, a Organização Internacional do Trabalho (OIT). Integra, assim, entidades com posições muito distintas no que concerne às questões laborais propriamente ditas, mas unidas num objetivo comum: fazer face à infeção pelo HIV/AIDS. De acordo com Meliço-Silvestre, “Esta abrangência e diversidade permite construir uma intervenção adequada ao mundo do trabalho, levando em linha de conta a especificidade de cada sector laboral e, sobretudo, conciliando os interesses de dirigentes e de trabalhadores” (2005:9).

Um marco na implementação da Plataforma consistiu na elaboração, discussão e aprovação de um documento de consenso, fundamentado nos princípios da OIT, com vista

a uma eficaz gestão do HIV/AIDS no mundo laboral – o Manifesto Laboral Contra a AIDS. O Manifesto Laboral Contra a AIDS, consubstanciando os princípios-chave das Recomendações da OIT sobre o HIV/AIDS e o mundo do trabalho, espelha o compromisso assumido pelas 13 entidades parceiras da Plataforma em integrar a problemática do HIV/AIDS na sua vivência quotidiana. O empenho dos elementos que integram o grupo de trabalho da Plataforma Laboral Contra a AIDS consiste no maior trunfo da Plataforma, que se pretende dinâmico e interventivo. A assinatura do Manifesto Laboral Contra a AIDS foi um passo decisivo para sedimentar a parceria. Todavia, constitui apenas o ponto de partida. A Plataforma, para além do trabalho em rede que a caracteriza, segue, ainda, a filosofia subjacente à educação de pares: os representantes que integram a Plataforma são, eles próprios, agentes de prevenção junto dos seus associados/filiados.

Para os informantes privilegiados abordados, que já ocuparam, ou ocupam o cargo de responsável pelo PNA português, a criação e manutenção da Plataforma Laboral contra a AIDS em Portugal é uma estratégia de destaque e referência no combate à epidemia. Como refere Meliço-Silvestre, em entrevista para esta tese,

(...) as empresas e patrões, sindicatos aderiram. Conseguimos fazer um documento, que foi posto a prova, e contou com a adesão de pessoas tão diferentes. Assinaram um 'protocolo público', único. Foi muito importante, pessoas tão distintas, com opiniões tão divergentes chegarem a um consenso, numa questão tão polémica. (Meliço-Silvestre, 2014)

Também como lembra Diniz (2014), em entrevista para esta tese, *“a criação da Plataforma Laboral Contra a AIDS, com patrões, sindicatos, código de conduta... foi uma boa prática e precisa ser mais disseminada”* e *“merece ser impulsionada”*, como reforça Barros (2014), em outra entrevista para a presente tese.

Ainda sob a coordenação do Dr. Meliço-Silvestre, em 2005, foi publicada a Portaria nº 103/2005, de 25 de janeiro, que integra a infeção pelo HIV na lista das doenças de declaração obrigatória (2005a). Acerca deste episódio, Mendão e Silvério (2014) recordam que as instituições da sociedade civil eram contra a notificação obrigatória. Também o Dr. Henrique Barros, enquanto médico epidemiologista e investigador na temática do HIV/AIDS, representante do meio académico, recorda este facto, bem como o de a academia não o considerar uma ação pertinente. Em suas palavras, na entrevista para a tese, diz

(...) lembro-me que na altura estudamos isto e consideramos o impacto na obrigatoriedade (da notificação da infeção pelo HIV) quase irrelevante. O modelo que tinham na altura, de declaração voluntária era mais interessante. O que é mais importante é a notificação laboratorial, que em Portugal ainda não está legislado, ou seja, sempre que o laboratório identifica um caso positivo deve ser declarado. E esta declaração pode e deve ser não nominal. O problema que se coloca é a quebra da confidencialidade. A mudança legislativa, de que a declaração foi considerada obrigatória... o importante é um bom sistema de

notificação, e não necessariamente a obrigatoriedade. Deveria ser o civismo e não a obrigação ou punição para os declarar. (...) Não considero que a obrigatoriedade seja relevante na qualidade dos dados. Até porque mesmo nestas de declaração obrigatória há subdeclaração. Mas importante é o cruzamento de bases de dados. (Barros, 2014).

Contudo, em entrevista para a presente tese, o então encarregado pelo PNA reforça este episódio afirmando que

(...) no processo de notificação obrigatória das pessoas com HIV, havia muita resistência de associação, algumas diziam que não se deveria saber se a pessoa era seropositiva ou não, começavam a reforçar a parte negativa que isto tinha, o medo de perder o anonimato... E isto criou situações muito complicadas. Era muito difícil, por exemplo neste hospital (Universitário de Coimbra), manter o anonimato quando um funcionário era seropositivo, falo de experiência própria vivida aqui enquanto fui Diretor Geral, antes de assumir a CNLCS. Mas eu tive que impor isto, pois de outra maneira não conseguia fazer estatísticas, era algo impossível de se fazer, mas numa certa altura impus a situação, e teve que ser assim... (Meliço-Silvestre, 2014)

Entretanto, também em 2005, no âmbito da execução do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, onde o combate ao HIV/AIDS foi considerado prioritário (Santos, 2011), e com os objetivos de i) uma melhor coordenação vertical das instituições envolvidas, nomeadamente no seio do próprio Ministério da Saúde (Ribeiro e Sacramento, 2014) e de ii) uma articulação horizontal com outros agentes mais eficaz (tais como as instituições da sociedade civil) e setores (tais como a indústria e os prestadores de serviços privado) cujas ações são determinantes para o alcançar de melhores resultados em saúde, a CNLCS foi extinta (aproximadamente um ano antes do período inicialmente proposto pela Resolução nº 121/2003) e integrada no Alto Comissariado da Saúde - ACS, através do Decreto Regulamentar n.º 7/2005 de 10 de agosto (Portugal, 2005b). A partir de então, a instituição responsável pelo PNA português passa a ser chamada de Coordenação Nacional para a infeção HIV/SIDA - CNSIDA.

As atribuições da CNSIDA passaram a ser asseguradas pelo Coordenador Nacional para a Infeção HIV/AIDS, tendo sido nomeado o Prof. Doutor José Henrique Dias Pinto de Barros a 25 de agosto de 2005 (DGS, 2012). As áreas consideradas como prioritárias para a intervenção da CNSIDA foram a informação epidemiológica; a educação para a saúde; criação de centros de deteção e aconselhamento, criação de centros de administração terapêutica combinada; e atividades de suporte extra-hospitalares (Portugal, 2005a). Pode-se, assim, afirmar que a partir de 2005 o PNA português perde alguma autonomia ao deixar de ser uma Unidade de Missão, uma vez que passa a integrar o ACS e este age como interlocutor público entre o Coordenador da CNSIDA e o Ministro da Saúde português.

No ano 2006 a CNLCS convoca a sociedade civil, a academia e outros representantes da sociedade, interessados pela temática do HIV/AIDS, para contribuírem na formulação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção pelo HIV/AIDS para

os anos 2007 a 2010 (CNSIDA, 2007). Todas as contribuições recebidas foram publicadas no site da CNLCS, que foi responsável pela elaboração do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção pelo HIV/AIDS.

Apesar disto, este documento teve como grandes orientações estratégicas os princípios que constam de documentos internacionais como a Declaração do Milénio, as Metas da UNGASS, a Declaração de Dublin e a Declaração de Vilnius (Ribeiro e Sacramento, 2014). Destacam-se as seguintes orientações: i) diminuir o risco de infeção para atrasar a expansão da epidemia (reconhecendo que há comportamentos e situações individuais que aumentam a probabilidade de um indivíduo se infetar); ii) diminuir a vulnerabilidade à infeção (considerando os determinantes da infeção por HIV), para reduzir o risco e o impacto; e iii) diminuir o impacto da epidemia (respeitando o perfil desta em Portugal), para diminuir a vulnerabilidade.

O Programa Nacional de Prevenção e Controle do HIV/AIDS 2007/2010 (CNSIDA, 2007) apresenta duas metas específicas: i) reduzir o número de novos casos de HIV/AIDS e de morte causadas por AIDS em 25%; e ii) contribuir internacionalmente para a redução da transmissão do HIV e melhorar os cuidados às pessoas que vivem com HIV/AIDS através da ajuda pública ao desenvolvimento. Para concretizar estas metas foram então definidas 11 áreas prioritárias de intervenção, com objetivos gerais e específicos próprios, bem como estratégias a serem seguidas.

Além disso, em 2007, durante a coordenação do PNA pelo Dr. Henrique Barros, foi publicado o Despacho n.º 27504/2007, do Ministro da Saúde, que cria o Conselho Nacional para a Infecção HIV/AIDS, o qual é o instrumento de coordenação e acompanhamento das políticas públicas de prevenção e controlo da infeção do HIV desenvolvidas sectorialmente. Neste, assume-se legal e legitimamente a participação de membros de organizações da sociedade civil nas políticas públicas de combate ao HIV/AIDS em Portugal. Como se pode notar, esta participação não tem sido valorizada, até então, na implementação destas políticas públicas, apesar de ser referenciada internacionalmente, como nas Metas da UNGASS, em 2001. Mais adiante, ainda neste capítulo, serão aprofundadas as interações entre organizações da sociedade civil e o PNA português, entre 2001 e 2010.

Segundo o responsável pelo PNA português, no período compreendido entre 2007 e 2010, Dr. Henrique Barros (2014), afirma que durante este período foram empenhados esforços sobretudo nas seguintes estratégias previstas no Plano Nacional de Controlo da Infecção pelo HIV/AIDS: no conhecimento da dinâmica e dos determinantes da infeção; na prevenção da infeção, com particular atenção às populações mais vulneráveis; no acesso à deteção precoce da infeção e na referenciação adequada; no estigma e na discriminação;

na partilha de responsabilidades e na investigação. Nas suas palavras, retiradas da entrevista realizada para a presente tese:

(...) houve uma grande preocupação de envolver as pessoas nas decisões, por exemplo, ter representantes da sociedade civil em todas as comissões. Por outro lado houve uma preocupação também muito grande em conhecer a dimensão da infeção e em inquirir as populações sem maior risco. Comigo, pela primeira vez, fez-se um estudo de prevalência entre trabalhadoras do sexo, em HSH... falávamos muito sobre, mas não conhecíamos a dimensão do problema. Por outro lado, trouxe-se claramente os direitos humanos para a resposta à infeção. Penso que a maior marca na minha gestão foi a garantia no acesso ao tratamento. (Barros, 2014)

Considerando a descrição realizada até ao momento acerca da implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS em Portugal assim como do SNS, nota-se que ao longo do tempo o seu desenvolvimento sofreu (e sofre) inúmeras reformas e alterações legislativas. Também o PNA português passou por diversas alterações legislativas e estratégicas, como demonstrado. Deste modo, a seguir, abordar-se-á a sucessão de Governos Constitucionais no período compreendido entre 2001 e 2010 em Portugal. Com isto, pretende-se perceber se as constantes alterações nestes Governos também condicionam as sucessões no cargo de responsável pela instituição que desenvolve o PNA português, no referido período.

5.2.1 Sucessões governamentais, na saúde e no PNA entre 2001 e 2010

Como afirma Amendoeiro,

Nos últimos 20 anos observaram-se descontinuidades severas nas políticas de saúde. Estas não se limitam a mudanças naturais, de ciclos políticos, mas também são vistas, frequentemente, em mudanças ministeriais dentro do mesmo governo. (2009:12)

Esta situação, segundo o autor, dificulta a implementação de mudanças nas políticas de saúde. Assim, urge perceber se as sucessivas descontinuidades políticas, que ocorreram entre 2001 e 2010 influenciaram na implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS. Para tanto, é importante, primeiramente, conhecer resumidamente os Governos Constitucionais de Portugal neste período.

Entre 2001 e 2014 assumiram funções 5 Governos Constitucionais (DGAEP, 2013). Abaixo são revelados como são constituídos e o período de legislatura. Além disso, apresentam-se os respetivos Ministros da Saúde e responsáveis pelo PNA português no referido período.

XIV Governo Constitucional: tomou posse a 25 de outubro de 1999, sendo constituído pelo Partido Socialista com base nos resultados das eleições de 10 de outubro de 1999. Terminou o seu mandato a 6 de abril de 2002, na sequência da demissão do Primeiro-

Ministro, António Guterres. É durante este Governo, no ano 2000, que assume funções de Coordenador do PNA português, Fernando Ventura, assumindo o lugar que até então era da Dra. Maria Odette Ferreira. Ocuparam o cargo de Ministro da Saúde: Manuela Arcanjo (de 25 de outubro de 1999 a 3 de julho de 2001) e António Correia de Campos (3 de julho de 2001 a 6 de abril de 2002)

XV Governo Constitucional: tomou posse a 6 de abril de 2002, sendo constituído pelo Partido Social-Democrata e pelo Partido Popular, na sequência das eleições de 17 de março de 2002. Terminou o seu mandato a 17 de julho de 2004, na sequência da demissão do Primeiro-Ministro, José Manuel Durão Barroso. Neste Governo, em 2003, assume as responsabilidades sobre o PNA português António Meliço-Silvestre e o cargo de Ministro de Saúde Luís Filipe Pereira, em todo este Governo Constitucional.

XVI Governo Constitucional: foi formado com base na maioria parlamentar constituída pelo Partido Social-Democrata e pelo Partido Popular, ainda resultante das eleições de 2002 e iniciou o seu mandato em 17 de julho de 2004. Cessou o seu mandato em 12 de março de 2005 com a dissolução da Assembleia da República pelo Presidente da República. Era então Primeiro-Ministro Pedro Santana Lopes. Durante este Governo, manteve-se em funções no PNA António Meliço-Silvestre. Mantendo-se em funções de Ministro da Saúde Luís Filipe Pereira até ao fim deste Governo.

XVII Governo Constitucional: tomou posse a 12 de março de 2005, sendo constituído pelo Partido Socialista com base nos resultados das eleições de 20 de fevereiro de 2005. Terminou o seu mandato em 26 de outubro de 2009. Durante este período foi Primeiro-Ministro José Sócrates. No mesmo ano em que este Governo se inicia, assume funções de Coordenador do PNA português o Dr. Henrique Barros. Durante este Governo assumiram o cargo de Ministro da Saúde, inicialmente António Correia de Campos, que ocupa o cargo até 30 de janeiro de 2008 e a seguir Ana Jorge, termina este Governo e mantém-se no seguinte.

XVIII Governo Constitucional: tomou posse a 26 de outubro de 2009, sendo constituído pelo Partido Socialista com base nos resultados das eleições de 27 de setembro de 2009. Terminou o seu mandato a 21 de junho de 2011, na sequência da demissão do Primeiro-Ministro, José Sócrates. Ainda durante este governo mantêm-se em funções o Dr. Henrique Barros e Ana Jorge.

A este respeito, em entrevista para a presente tese quando inqueridos acerca dos motivos que levam os informantes privilegiados a ser convidados e a assumirem as funções de responsáveis pelo PNA português, são unânimes em afirmar que é em função da formação académica e experiência clínica na temática do HIV/AIDS. O Dr. Meliço-Silvestre (2014) explica assim como e porque assume funções:

Antes de ir para a CNLCS, fui Diretor-Geral aqui do Hospital Universitário de Coimbra. Já por diversas vezes me haviam convidado para assumir a CNLCS, mas em função de minha

carreira académica sempre neguei, inclusive fui eu quem indicou o Dr. Fernando Ventura para assumir antes de mim, e quando já tinha concluído a carreira, resolvi aceitar o convite e assumi a CNLCS, pois notei que era um problema técnico e muito sério. A própria Universidade, na altura, solicitou-me que assumisse, pois considerava que tinha competência, técnica e que era jovem, e que conseguiria ajudar a resolver este problema.

Os responsáveis pelo PNA que o sucederam, Dr. Henrique Barros e Dr. António Diniz, corroboram esta opinião afirmando:

(...) sou epidemiologista, médico, gastroenterologista, e como tal muito ligado às doenças, hepatites e estas coisas. Depois dediquei-me a epidemiologia, e estava praticamente apenas na universidade. E as pessoas sabiam que eu tinha conhecimentos, além de técnicas para colocar em prática um plano de saúde pública para lidar com a infeção. E foi por esta razão que no ministério do Dr. Pedro Campos que me convidaram para exercer o serviço. Suponho que tenha sido por ser um sujeito com a preparação técnica e que não estava “envolvido” por pressões de interesse dos vários grupos que estão ligados a esta área. (Barros;2014).

(...) fui convidado pelo Diretor Geral da Saúde e pelo Secretário de Estado. Sou médico do Hospital Polido Valente e trabalho nesta área desde 1989. Tive o meu nome sobre a mesa, provavelmente em função da competência técnica, e convidaram-me. (Diniz, 2014).

Contudo, os informantes privilegiados membros de organizações da sociedade civil abordados em entrevista para a presente tese afirmam que deve haver também simpatia política. Nas palavras do Dr. Mendão e do Dr. Silvério “ (...) ter que ser alguém mais ou menos relacionado com a temática do HIV/AIDS, tem que ter simpatia política” (Mendão e Silvério, 2014).

Reforça esta opinião o facto de haver uma mudança de responsável pelo PNA, sempre que ocorre uma alteração no Partido eleito por maioria (ou com maioria por coligação, como aconteceu com o Partido Social-Democrata e com o Partido Popular). No caso do Dr. Meliço-Silvestre, esteve em funções nos XV e XVI Governos, quando o Partido Social-Democrata mantinha maioria (sozinho ou em coligação). Este Diretor do PNA português cessa as suas funções a seguir à tomada do XVII Governo Constitucional, onde é eleito o Partido Socialista, que nomeia o Dr. Henrique Barros. Este mantém funções nos dois Governos de maioria Socialista que entretanto se formam.

O XIX Governo Constitucional: foi formado com base na maioria parlamentar constituída pelo Partido Social-Democrata e pelo Partido Popular, resultante das eleições de 5 de junho de 2011 e iniciou o seu mandato em 21 de junho de 2011, tendo como Primeiro-Ministro Pedro Passos Coelho, e atualmente em funções. No primeiros seis meses deste Governo o Dr. Henrique Barros mantém-se responsável pelo PNA, sendo substituído pelo Dr. António Diniz. O Ministério da Saúde, por sua vez, passou a ser dirigido por Paulo Macedo.

Segundo Mendão e Silvério (2014), estas alterações frequentes de coordenadores do PNA português trazem constrangimentos em função da descontinuidade, como propunha Amendoeiro (2009). A cada novo coordenador, afirmam, “(...) são realizadas novas reuniões, para discutir o que se tem feito, com se não tivessem conhecimento da política implementada até o momento em que assumem” (Mendão e Silvério, 2014).

Entretanto, também Crisóstomo (2009) já afirmava que um dos grandes constrangimentos na implementação da política pública de combate ao HIV/AIDS em Portugal encontrava-se nas sucessões no cargo de responsável pelo PNA português e no respetivo perfil das pessoas que ocupavam este cargo. Segundo esta investigadora

Não parece ter existido até agora uma linha política de continuidade na área do HIV/AIDS e têm sido privilegiadas, na escolha para a posição de Coordenador Nacional, pessoas com forte ligação ao meio académico, em vez de pessoas conhecedoras da realidade das pessoas que vivem com HIV/AIDS e das organizações do movimento HIV/AIDS. (idem, 69)

Mendão e Silvério (2014), corroboram esta opinião quando afirmam, em entrevista para a presente tese, que

Os diretores do programa de AIDS de Portugal sempre foram pessoas ligadas à temática do HIV/AIDS, com ênfase nos médicos clínicos ou epidemiologistas. A única exceção fora a Dra. Maria Odete Ferreira, que era investigadora e com formação em farmácia e bioquímica, mas que não se refere ao período que está a ser estudado (...). Além disso, é diferente do que acontece em outros países, onde mesmo no cargo de coordenador do programa nacional há pessoas que vieram da base, do movimento social de luta contra a AIDS. Em Portugal não há pessoas que vivem com HIV/AIDS, nem de organizações da sociedade civil que trabalham com esta população, nem nas demais funções dos quadros da Coordenação Nacional.

Percebe-se que até ao momento, nesta parte do capítulo V, foram revelados os principais acontecimentos no desenvolvimento da política pública de combate ao HIV/AIDS, em Portugal, entre 2001 e 2010, com ênfase nas alterações legislativas que aconteceram no PNA de Portugal e nas sucessões que ocorreram no cargo de responsável por esta política pública, em igual período. Assim, é importante lembrar que na implementação de políticas públicas de combate ao HIV/AIDS as instituições nacionais responsáveis por esta política pública devem assumir, como recomenda a UNAIDS, que a prevenção, cuidados, apoio e tratamento dos infetados e afetados pelo HIV/AIDS são elementos inseparáveis de uma resposta eficaz, reforçam-se mutuamente e devem ser integrados num esforço amplo de combate à epidemia (UNAIDS, 2001). Porém há uma ênfase, atribuída pelo UNAIDS (1999, 2001), na importância da prevenção enquanto estratégia para combater a epidemia do HIV/AIDS em todo o mundo.

Desde 1999, esta agência de cooperação internacional recomenda que deve haver uma preocupação em ouvir e envolver, muito em especial na prevenção, as pessoas seropositivas, as mais vulneráveis à infeção e todas aquelas que, não sendo portadoras de

HIV, são significativamente afetadas pela epidemia (UNAIDS, 1999). Reforça ainda, em 2001, através das Metas da UNGASS, entre o 17º e 20º pontos, que a prevenção da infeção pelo HIV deve constituir o esteio da resposta nacional, regional e internacional à epidemia (UNAIDS, 2001). Assim, esta resposta deve respeitar o perfil da epidemia em cada país, ou seja, as estratégias implementadas devem ser direcionadas de acordo com a classificação da epidemia diferindo-se entre os contextos dos países onde esta é concentrada (prevalência estimada na população adulta abaixo de 1%) e onde é generalizada (prevalência estimada na população adulta acima de 1%) (UNAIDS, 2007, 2012).

5.2.2 As principais estratégias de prevenção ao HIV/AIDS em Portugal

Diante da relevância que a prevenção assume entre as estratégias de combate ao HIV/AIDS (UNAIDS, 1999, 2001, 2007 e 2012) considera-se de suma importância, para responder à questão norteadora desta tese, perceber como estas estratégias foram implementadas em Portugal, entre 2001 e 2010. Objetiva-se, assim, conhecer quais as populações priorizadas pelo PNA português e como é que estas são envolvidas nas campanhas e projetos de intervenção com vista à prevenção do HIV/AIDS. Recorde-se que o PNA português assume, durante a década de 2000, a prevenção como uma área da sua responsabilidade (FNCS, 2009).

5.2.2.1 Campanhas

Como revelado anteriormente, o PNA português foi responsável pela promoção de sucessivas campanhas visando a prevenção do HIV/AIDS durante a década de 1990. Foram destacadas, por Santos (2002), três destas campanhas: i) entre 1991 e 1993, foram criadas campanhas de solidariedade para com as vítimas do HIV/AIDS dirigidas ao público em geral, com o principal objetivo de evitar a exclusão social e a discriminação; ii) em 1997, o PNA lançou a campanha 'Crianças a Viver num Mundo com AIDS', parte de uma ação conjunta proposta pela ONU dirigida à população mais jovem (até os 18 anos); e iii) em 1998, no âmbito da Expo 98, em Lisboa, foi promovida a campanha 'Classificados', assim designada por ter sido exposta nas páginas dos jornais reservadas aos anúncios classificados, que se destinava a incentivar o uso de preservativos por parte dos clientes de prostitutas.

Entretanto, segundo Lopes (2000) e Santos (2002), durante a década de 1990 as campanhas implementadas pelo PNA português "(...) são dirigidas à população em geral, utilizando uma linguagem inadequada às especificidades dos diferentes públicos-alvo" (Santos, 2002:604).

Mendão e Silvério (2014), ainda em entrevista para esta tese, concordam com esta afirmação, pois segundo estes informantes privilegiados, membros da ABRAÇO neste período, referem que, durante a década de 1990,

(...) as campanhas públicas eram sempre um desastre. Eram campanhas do medo, da discriminação (...). Era o tipo de campanhas que usavam muito... eram as campanhas dos moralismos. Um exemplo foi uma campanha em que utilizavam fotos de casais do século XIX, marido, mulher e filhos... mas tiveram de retirar pois a imagem utilizada era de um Arque Duque qualquer, da Áustria, que morrera de sífilis... não de AIDS... Isto é caricatura, mas é a verdade do que sempre fizeram das campanhas de prevenção. Sempre muito mal.

Acerca desta campanha Lopes (2000:160) lembra que o *slogan* era “Família: o princípio do fim da AIDS”, e que esta campanha, deste modo, promovia

O conceito de família heterossexual, sem acrescentar em nada em termos de informação sobre prevenção e de desresponsabilizar o Estado e a própria CNLCS, delegando nas famílias tarefas que são da responsabilidade dos primeiros (idem).

As ONG, tal como a ABRAÇO, apresentavam acusações semelhantes àquela campanha.

Para Mendão e Silvério (2014), na mesma entrevista já citada, quem conseguia veicular campanhas que respeitavam as especificidades das populações mais vulneráveis e o perfil da epidemia em Portugal, durante a década de 1990, era a ABRAÇO, mesmo sendo esta uma responsabilidade do PNA:

A ABRAÇO cumpriu um papel muito bom no sentido de veicular campanhas boas. Tão bom ao ponto de, muitas vezes, as pessoas confundirem e associarem a ABRAÇO como sendo a CNLCS - Comissão de Luta Contra a SIDA em Portugal, quando não era. [As campanhas da ABRAÇO] foram as únicas campanhas que tentaram romper com o conservadorismo, o moralismo, pois foi a única a fazer campanha para a prevenção junto aos toxicodependentes, a única a fazer uma campanha para HSH, com Batman e Robin, de modo muito discreto. Eram campanhas voltadas para estas populações específicas.

Durante a década de 1990, ABRAÇO realizou, ao nível nacional, cerca de 150 campanhas de prevenção, 40 exposições temáticas e 90 sessões de prevenção em juntas de freguesia, câmaras municipais, escolas e estabelecimentos prisionais. Desde 1992 até ao fim da década, calcula-se que esta instituição tenha distribuído mais de quinhentos mil preservativos gratuitamente (Santos, 2002:604). Mas, como recordam Mendão e Silvério (2014), ainda na mesma entrevista, havia muitos constrangimentos no processo de veiculação de campanhas a populações mais específicas nas emissoras de canal aberto:

Para a ABRAÇO poder fazer uma campanha tinha de recorrer aos favores. Tinha sempre que ‘pedir licença’, respeitar horários, dar os posters e propostas para as televisões, que de vez em quando transmitiam. Transmitiam porque consideravam engraçadas, e tinha que se

submeter aos horários que as emissoras queriam transmitir, pois a ABRAÇO não tinha dinheiro para pagar isto.”

Como se nota na visualização das campanhas veiculadas entre 2003 e 2009 (CNSIDA, 2010), durante os anos 2000, a abordagem do PNA português em relação às campanhas continuou a dar ênfase à população em geral, sem utilizar uma linguagem adequada às especificidades das populações mais afetadas. Em 2001, a CNLCS sinalizou o 18th International AIDS Candlelight Memorial – um conjunto de eventos propostos pelo UNAIDS para relembrar aqueles que morreram com AIDS e para suscitar apoio para as pessoas afetadas pelo HIV/AIDS, bem como alertar e mobilizar a comunidade para o combate à epidemia. Nesta ocasião, após alguns breves discursos, seguiu-se uma largada de 4.424 balões, simbolizando as mortes notificadas por AIDS ocorridas até janeiro de 2001 (Santos, 2002).

Segundo Meliço-Silvestre (2014), conforme revelado em entrevista para esta tese, esta abordagem à população em geral, justificava-se, no seu período de gestão, pois até então *“em Portugal a população ostracizou demais a doença, tratou-a como uma lepra, como algo muito mal, sempre que se sabia que o cidadão era seropositivo, era discriminado”*.

No período compreendido entre os anos 2003 e 2006, as campanhas e estratégias implementadas pelo PNA português não são apenas de prevenção, mas também de mobilização social e de promoção ao diagnóstico. Em 2003, para as comemorações do dia 1 de dezembro (Dia Internacional da Luta contra a AIDS) é produzido um *spot* de 21 segundos em que figuras públicas surgem enquanto colaboradores na luta contra a AIDS. A campanha de prevenção ao HIV/AIDS promovida em 2004 teve dois *spots* para a televisão, um de apenas 8 segundos, que propõe *“Puxe pela cabeça, use sempre preservativo”* sobre a imagem de um preservativo, e outro, de 20 segundos, que expõe a mesma mensagem, mas com imagens de um casal heterossexual (CNSIDA, 2010). Esta campanha foi promovida na gestão do Dr. Meliço-Silvestre (2014), que recorda: *“Fizemos uma campanha para o HIV na taça UEFA 2004, que foi condecorada pela FIFA”*. Em 2005 e 2006 o *slogan* das campanhas foi *“Só há uma maneira de saber”* (em 2005 um *spot* de 20 segundos e em 2006 um *spot* de 16 segundos) e promoviam o diagnóstico para o HIV/AIDS na população em geral (CNSIDA, 2010). Segundo o Dr. Meliço-Silvestre (2014), na mesma entrevista já citada, neste período a CNLCS

(...) [investiu] fortemente na prevenção e nos rastreios com a população universitária, como um meio de chegar às mais diversas parcelas e cantos do país. Íamos, fazíamos rastreios, laboratoriais e teste rápido, prestávamos esclarecimentos e informações, e muitas vezes eles multiplicavam estes conhecimentos com os pais, amigos, em lugares que se assim não fosse, jamais falaria sobre o assunto.

Entre 2007 e 2009 as campanhas passam a promover a prevenção, mas com ênfase na população heterossexual. Em 2007, a CNSIDA esteve presente nos dias 29 e 30 de setembro, na exposição Saúde e Beleza da Feira Internacional de Lisboa. Foram exibidos um total de 152 cartazes de campanhas internacionais de prevenção da AIDS. Além desta exposição foram distribuídos diversos materiais de informação e comunicação, nomeadamente cartazes, folhetos, pins e esferográficas (CNSIDA, 2007). Em relação às campanhas veiculadas na televisão, as de 2007 (um *spot* de um minuto), 2008 (dois *spots*, um de 38 segundos e outro de 20 segundos) e 2009 (um *spot* de 40 segundos) reforçam esta tendência de priorizar a prevenção junto da população em geral, embora as relações heterossexuais sejam um alvo prioritário. As campanhas também parecem indicar um caráter “ameaçador” da doença, sobretudo na campanha de 2008 onde as imagens demonstram os maiores constrangimentos de ser seropositivo para o HIV e doente de AIDS. A campanha de 2009 promovia o uso do preservativo feminino revelando, novamente, um enfoque exclusivo nas relações heterossexuais.

Nota-se, assim, como apontam Mendão e Silvério (2014), ainda na mesma entrevista já citada, que até ao fim dos anos 2000, mais precisamente até 2009, “(...) *houve sempre um discurso acerca do risco universal para toda a população, campanhas muito pouco eficazes*”.

E, também, segundo um dos responsáveis pelo PNA português no período em análise, Dr. Henrique Barros (2014), durante referida entrevista para esta tese, em Portugal as campanhas sempre tiveram uma abordagem universalista pois

(...) há uma tendência de que é muito mais fácil fazer campanhas generalistas do que enfrentar o problema. Conversar com a igreja, com a sociedade, atacar problemas que a sociedade não gosta de falar, ou seja, as drogas pesadas, a homossexualidade dos adolescentes, [pelo que] sistematicamente, houve um sub-investimento crónico na prevenção (...). (...) o pouco dinheiro que foi gasto em prevenção, em muitos momentos da história da infeção, tem sido gasto ‘ao lado’, digamos assim.”

Entretanto, para Mendão e Silvério (2014), em entrevista para esta tese, esta abordagem universalista nas campanhas do PNA português justifica-se pois

O que aconteceu em Portugal, e alguns outros países, mas aqui de facto, de modo mais forte, é que demorou-se para assumir que a epidemia é concentrada. (...) Embora todos com a vida sexual ativa estão sujeitos a risco de transmissão, (era importante perceber) que este risco não é igual em diferentes populações. Isto acontece em Portugal muito recentemente, apenas de 5 ou 6 anos para cá, e com uma minoria a assumi-lo. Antes ninguém assumia que eram necessárias ações específicas de prevenção, diagnóstico e tratamento para populações especialmente vulneráveis ao HIV.

Esta afirmação também é reforçada pelas palavras do então Coordenador da CNSIDA, Dr. Henrique Barros (2014), ainda em entrevista, referindo-se ao período de 2006 e 2011

Como sugerem as regras da UNAIDS, a CNSIDA procurou um fundamento teórico e foi à prática, passou-se a assumir o princípio de que nós devemos conhecer a nossa infeção, para agir em conformidade com ela. Se a infeção está em HSH, se está em trabalhadores do sexo, em algumas franjas de imigrantes de países com alta epidemia, é com estas pessoas que temos que ter o grande esforço de identificação da infeção, prevenção, de tratamento, de cuidados. E não é com campanhas publicitárias generalizadas que se alcançam os resultados pretendidos.”

Ainda como afirmado por Barros (2014) na mesma entrevista, partir da sua gestão, “A CNSIDA procurou um embasamento teórico e foi à prática, passou-se a assumir o princípio de que nós devemos conhecer a nossa infeção”.

Mendão e Silvério (2014), também em entrevista, reforçam esta afirmação pois dizem que

É só sob a gestão do Dr. Henrique Barros, ainda que tardiamente, que aconteceu um esforço para reconhecer a epidemia em Portugal. (...) A CNSIDA, no tempo do Henrique Barros, patrocinou alguns estudos feitos pela sociedade civil e academia para reconhecer, entre outros, a epidemia entre HSH e trabalhadores do sexo”.

Deste modo, a partir do momento em que o PNA português reconhece a importância de conhecer as especificidades de sua epidemia, também as campanhas de prevenção começam a ser direcionadas para populações específicas mais vulneráveis, para além da população em geral. Por exemplo, a campanha implementada pelo PNA português em 2010, sob gestão do Dr. Henrique Barros, contemplava então, pela primeira vez, uma população mais vulnerável ao HIV/AIDS do que a população em geral. Foi uma campanha voltada para HSH, constituída por dois *spots* de 40 segundos cada, os quais sugerem a importância do uso do preservativo nas relações homossexuais masculinas. Outro exemplo encontra-se nos *spots* da campanha veiculada no ano 2011 (de 30 segundos cada), ainda sob responsabilidade do mesmo Coordenador. Nestes *spots* a abordagem é novamente centrada nas relações heterossexuais, mas a prevenção é reforçada pela ideia da necessidade do uso do preservativo com as trabalhadoras do sexo, uma população mais vulnerável ao HIV/AIDS, comparativamente à população em geral (CNSIDA, 2010).

Sobre estas últimas campanhas apresentadas, os informantes privilegiados, membros de organizações da sociedade civil, reconhecem o carácter inovador desta abordagem por parte do PNA português. No entanto, em entrevista para a tese, identificam também que ainda havia falhas pois “(...) foram campanhas com pouca visibilidade, passando no 2º canal público, com pouquíssima audiência” (Mendão e Silvério, 2014).

Assim, e apesar da campanha veiculada para HSH em 2010 e das duas outras campanhas direcionadas para pessoas que têm relações sexuais com as trabalhadoras do sexo no ano 2011, Barros (2014), na mesma entrevista anteriormente citada, reconhece que também na sua gestão houve um “(...) *sub-investimento sistemático na prevenção*”.

O antigo diretor do PNA português justifica este sub-investimento com base na prioridade que foi dada ao tratamento, referindo, em entrevista, que

O que conseguimos entre 2006 e 2011 foi um investimento fortíssimo no tratamento, ou seja, que as pessoas infetadas tivessem acesso adequado e rápido à medicação. E isto fica expresso no número de pessoas em tratamento, que aumentou brutalmente neste período. Falamos de uma mudança (...) como em 2005/2006 termos 5.000, 6.000 pessoas em tratamento e no final de 2011 termos 25.000 pessoas em tratamento. Estas infeções não apareceram de novo, estas infeções foram procuradas ativamente, e as pessoas foram diagnosticadas. E foram criadas as condições financeiras para que se pudesse pagar os tratamentos. Enquanto no Brasil custava, naquela altura, por ano 400, 500 dólares o tratamento de uma pessoas com HIV/AIDS, em Portugal custava por ano, algo em torno de 15.000 dólares. Hoje, em 2014, mesmo com toda a discussão política em torno do preço do tratamento, custa no mínimo 12.000 dólares, ou seja, pelo menos 20 vezes mais que no Brasil. Houve um esforço financeiro neste sentido. (Barros, 2014).

Em suma, no que se refere às campanhas de prevenção ao HIV/AIDS implementadas em Portugal, entre 2001 e 2010, para os informantes privilegiados, abordados durante o processo de investigação desta tese, “(...) faltam campanhas com impacto, com consistência, a passar frequentemente e em horas decentes, em que há alguma audiência” (Mendão e Silvério, 2014).

Como aponta o ex-diretor do PNA português, em entrevista para esta tese, as campanhas para que sejam efetivas e tragam resultados “*deviam ser direcionadas para as populações onde o HIV verdadeiramente circula em Portugal*” (Barros, 2014).

5.2.2.2 A atenção às populações mais vulneráveis em Portugal

Como percebido até ao momento, as campanhas e estratégias implementadas pelo PNA português, entre 2001 e 2010, em raras ocasiões foram dirigidas às populações mais vulneráveis ao HIV/AIDS. Entretanto, utilizadores de drogas intravenosas - UDI (ou como identifica o Instituto Ricardo Jorge, toxicodependentes) foram alvo de estratégias específicas no combate ao HIV/AIDS. Segundo Mendão e Silvério (2014), na citada entrevista,

Pode-se afirmar que a única população acrescida de vulnerabilidade, com maior potencial de exposição ao HIV, que teve prioridade na aplicação de recursos e legislação, desde o mais alto nível governamental, especificamente aplicados nesta área, foi a população de utilizadores de drogas injetáveis. Foram os programas (implementados) na área das drogas, percebendo-se efeitos positivos.

Estes efeitos positivos podem ser percebidos, como apresentado no capítulo III da presente tese, na proporção de UDI entre os casos de AIDS em Portugal. Estes eram responsáveis por 45% dos casos notificados de AIDS em 2003 no país e, em 2011, representavam menos de 20% dos casos de AIDS notificados (INSA IP, 2012).

Diante disto, é importante perceber como é que as políticas públicas de redução de danos se inserem nas estratégias de combate ao HIV/AIDS em Portugal. Assim, procede-se a um breve desenvolvimento sobre as políticas públicas de redução de danos, para, posteriormente, se compreender como é que se dá a intervenção do PNA neste âmbito, entre 2001 e 2010.

Em primeiro lugar, é necessário esclarecer que as estratégias destinadas aos UDI são vinculadas às políticas públicas de Redução de Danos. Estas políticas públicas objetivam diminuir os riscos à saúde das pessoas que utilizam drogas, sendo estas intravenosas, ou não. A intervenção junto dos UDI fundamenta-se nos programas de troca de seringas e de substituição opiácea, e tem contribuído para diminuir a infeção ao HIV junto desta população (Barbosa, 2009; Greenwald, 2009; Negreiros, 2002). Para estes autores, Portugal é um país de referência a nível mundial nas políticas públicas de redução de danos junto dos UDI, tendo desde a década de 1990 várias estratégias políticas e legislativas, que contribuíram diretamente para o sucesso do combate à epidemia de HIV/AIDS entre esta população mais vulnerável em Portugal.

Barbosa (2009) afirma que, com o objetivo de diminuir o número de infeções pelo HIV entre UDI, surgiram as primeiras intervenções de redução de danos com esta população. Como lembram Mendão e Silvério (2014), na referida entrevista,

Inauguramos o primeiro programa de troca de seringas, ainda com a Odete Ferreira como Coordenadora, denominado STOP-SIDA, que iniciou em maio de 1993. Era promovido pela CNLCS, em parceria com a Administração Regional de Saúde do Centro e o Centro de Respostas Integradas de Coimbra (que na altura chamava-se Centro de Estudos da Profilaxia do Centro)."

Este programa de troca de seringas inaugurou as políticas de redução de danos realizada em Portugal. O projeto não tinha grande visibilidade nacional, mas contribuiu decisivamente para a expansão das várias intervenções desenvolvidas nos anos posteriores, como o rastreio anónimo e confidencial de doenças infecciosas, o trabalho de rua e o Programa Nacional de Troca de Seringas.

Além do "STOP-SIDA", também o Bairro do Casal Ventoso, em Lisboa, desde 1996, contava com intervenções em redução de danos. Segundo Barbosa (2009:32),

Sofreu ao longo dos anos várias reestruturações (1996, 1998, 2001 e 2003), assentes no alargamento de respostas de proximidade (pontos de contacto e unidade móvel com programa de substituição opiácea de baixo limiar de exigência), na constituição de parcerias

entre a autarquia de Lisboa, os serviços da administração central e a sociedade civil e na implementação de planos integrados de prevenção das toxicodependências.

Todas estas ações, centradas na minimização dos problemas associados à toxicodependência no Bairro, contribuindo para a visibilidade social do problema das drogas ilícitas, fomentaram a reflexão e discussão sobre a implementação das políticas de redução de danos em Portugal.

Pressupõe-se que os programas e as respostas sócio-sanitárias (equipas de rua, gabinetes de apoio, centro de acolhimento, troca de seringas, programas de substituição opiácea de baixo limiar de exigência e realização do rastreio de doenças infecciosas), dinamizadas no âmbito deste programa de parceria, contribuíram significativamente para a diminuição das práticas e comportamentos de risco associados ao consumo de drogas de rua. Por outro lado, promoveram, em simultâneo, a integração de consumidores socialmente vulneráveis em programas terapêuticos estruturados e continuados, disponibilizados pela rede assistencial pública. Esta fase, localizada entre 1993 e 1998, constitui um período de múltiplas experiências de redução de danos que, de certo modo, contribuíram para a consagração política da redução de danos. É a fase experimental, que representa um ciclo bastante profícuo na implementação de programas e estruturas sócio-sanitárias para utilizadores de drogas injetáveis. Um exemplo deste carácter experimental desta fase é lembrado, em entrevista, por Mendão e Silvério (2014)

Em 1998 a primeira alteração ao programa troca de seringas foi realizada, com apoio da ABRAÇO, para redesenhar o kit, pois só tinha uma seringa, um preservativo e um folheto informativo, o que se corporizou no Programa 'Diz Não a uma Seringa em Segunda Mão'.

Apesar deste pioneirismo na implementação de políticas de redução de danos, com ênfase na prevenção ao HIV/AIDS entre UDI, Mendão e Silvério (2014), na mesma entrevista, recordam alguns constrangimentos neste período:

O que acontece é que a qualidade e a monitorização sobre o programa troca de seringas nunca foram feitas. Aliás, a monitorização que as organizações da sociedade civil fizeram, no caso a ABRAÇO, demonstrou que eram sempre desastrosas. (...) demonstravam que o programa funcionava muito mal, havia racionamento. O conceito, de que era mais seguro trocar a seringa, na prática funcionava muito mal. Politicamente foi muito importante que houvesse um programa de troca de seringas, mas depois era preciso saber se as pessoas estavam a ter acesso aos materiais que precisavam e nas quantidades necessárias (e isto falhou até 2000, sendo sete anos decisivos). Portanto havia farmácias que trocavam apenas uma seringa, enquanto o UDI necessitava de 7 ou 8, pois utilizava cocaína combinada com heroína, algumas farmácias só atendiam em horários reduzidos. Ou seja, do ponto de vista político, a coisa parecia feita, mas do ponto de vista técnico e da qualidade da resposta deixava muito a desejar. Um exemplo disto é que fazíamos rides entre as farmácias a pedir

seringas, em Lisboa e no Porto, e havia noites em que nenhuma das farmácias em serviço tinham seringas.”

Barbosa (2009: 32) reforça esta opinião, mas afirma que

Apesar de todas as limitações apontadas a estes programas de redução de danos (cobertura geográfica, acessibilidade e composição do KIT), atualmente são reconhecidos como iniciativas de sucesso pelos resultados obtidos no controle da infeção pelo HIV/AIDS.

De acordo com o estudo *Estimativa do impacto do programa “Diz não a uma seringa em segunda mão” no risco de infeção por VIH/SIDA na população portuguesa de utilizadores de droga injetada* (CNLCS, 2002), conclui-se que o Programa Nacional de Troca de Seringas, durante o período 1993-2001, evitou cerca de 6.300 infeções por cada 10.000 utilizadores de drogas injetáveis, constituindo um benefício financeiro para os recursos públicos superior a 400 milhões de euros. Foi na década de noventa que surgiram medidas típicas de redução de danos, como ações de apoio médico e social a grupos específicos da população toxicodependente (arrumadores de automóveis, trabalhadores do sexo e indivíduos sem-abrigo).

Segundo Patrício (2002) e reforçado por Mendão e Silvério (2014), em entrevista, mais por iniciativa dos profissionais de saúde e das associações da sociedade civil do que por vontade política, durante os primeiros anos de intervenções em redução de danos desenvolveram-se a título experimental (gabinetes de apoio, equipas de rua e centros de abrigo) em locais de prostituição e em bairros de tráfico e consumo. Tratava-se de intervenções sociais junto de populações excluídas, como os consumidores de drogas ilícitas. Ainda segundo Patrício (2002), foi apenas na segunda metade dos anos 1990 que a redução de danos foi incrementada de forma mais incisiva, no âmbito das políticas locais (Lisboa, Porto e Algarve). Entretanto, na procura de alternativas para minimizar a natureza dos problemas causados pela complexidade deste tema, quer o Estado, quer a sociedade civil promoveram um intenso e rico debate público sobre a problemática do enquadramento legal do consumo de drogas ilícitas. Esta discussão ganhou uma ampla projeção no seio da opinião pública, através da divulgação pela comunicação social e pela participação de várias personalidades públicas. Foi uma discussão complexa e talvez desproporcionada no contexto da estratégia política a adotar em Portugal para o problema da droga. Em todo o caso, possibilitou a análise de perspetivas não proibicionistas e de outras experiências praticadas noutros países europeus (Barbosa, 2009; Greenwald, 2009).

Temas como a descriminalização, a legalização e a despenalização, foram amplamente discutidos durante este período. Neste cenário, imperou a proposta de descriminalização do consumo privado e a reflexão em torno de uma política pública experimental de redução dos danos de natureza preferencialmente social e de saúde pública. O Governo, através da iniciativa do Ministro-Adjunto do Primeiro-Ministro, José Sócrates,

nomeou pelo Despacho n.º 3229/98 de 16 de Fevereiro uma comissão de estudo, que congregava profissionais e cientistas, para elaborar uma proposta de estratégia nacional de combate à droga (Portugal, 1998a). Acerca deste episódio, Mendão e Silvério (2014), lembram em entrevista para a presente tese que

O UNAIDS reconhece como essencial para o controle da epidemia entre UDI o acesso fácil aos programas de substituição, através do uso da metadona e do paramorfina, pois a epidemia encontrava-se basicamente nos utilizadores de opiáceos e não de cocaína. E também aí, nós tivemos um programa experimental muito cedo, com 200 pessoas no Porto, e só se conseguiu o acesso destes medicamentos em 1997, com Sócrates, como adjunto do Primeiro-Ministro, porque houve sempre uma enorme oposição, com a ideia de que utilizar estas substâncias era o mesmo que substituir uma droga por outra, portanto a noção errada do 'drug free' era muito prevalente entre os psiquiatras responsáveis pelo tratamento. E existem algumas questões, pouco documentadas, acerca de pessoas que faziam trabalhos sexuais para juntar dinheiro justamente para o uso destas drogas, além de outros delitos e furtos associados a isto.

Escohotado (1996) reforça esta opinião, pois aponta que durante a década de 1990, além do agravamento da epidemia de HIV/AIDS, os problemas da insegurança e da criminalidade associados ao consumo de drogas ilícitas determinaram um esforço sem precedentes de debate público, reflexão e de propostas em torno de políticas alternativas para o problema das drogas.

No relatório final elaborado pela Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga constavam propostas completamente inovadoras no domínio político das drogas, nomeadamente a descriminalização do consumo privado de drogas e a implementação de uma política de redução de danos. Esse documento elaborado pelo corpo científico, que se converteu na Resolução de Conselho de Ministros n.º 46/99, de 26 de maio (Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga), expressava a necessidade de se aplicar a política de redução de danos em Portugal, assumindo-a efetivamente no plano do discurso oficial referente às estratégias de intervenção no campo das drogas (Portugal, 1999).

Assim, uma das importantes alterações introduzidas pela Estratégia Nacional foi a descriminalização do consumo de todas as substâncias psicoativas através da aprovação da Lei nº 30/2000, de 29 de novembro, que define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica (Portugal, 2000a). Assim se alterou a forma como se olha para um consumidor de drogas, deixando de lado o preconceito que o comparava a um criminoso, passando a considera-lo como uma pessoa que necessita de ajuda e apoio especializado. Em consequência disto, desde novembro de 2001 que a

aquisição, a posse e o consumo de drogas deixou de ser considerado crime em Portugal. O consumo foi descriminalizado, mas não despenalizado, ou seja,

Consumir substâncias psicoativas ilícitas, continua a ser um ato punível por lei, contudo deixou de ser um comportamento alvo de processo-crime (e como tal tratado nos tribunais) e passou a constituir uma contraordenação social” (SICAD, 2014).

Como aponta Barros (2014), ainda em entrevista para a tese, esta nova legislação contribuiu em muito para a diminuição dos casos de AIDS entre UDI, em Portugal

[Um] motivo para esta diminuição do HIV/AIDS entre toxicodependentes é a descriminalização do uso das drogas. Isto fez com que as pessoas não fossem presas, diminuindo assim o número de pessoas que entravam neste sistema degradado (sistema prisional) e desumanizado de acesso às drogas. Além disso, essas pessoas deixavam de achar que iam presas por utilizarem drogas, podendo assim também pedir ajuda. E, portanto, isto também promoveu a saúde desta população e permitiu a diminuição de infeção nesta população.

Dois anos depois são criadas medidas legislativas adicionais de promoção da saúde pública em redução de danos, com a publicação do Decreto-lei n.º 183/2001, de 21 de Junho, que aprova o Regime geral das Políticas de Redução de Danos (Portugal, 2001b). Para Greenwald (2009), este diploma representa um avanço importante no domínio das políticas das drogas, destacando o reconhecimento da importância da redução de danos, enquanto medida de saúde pública alternativa ao modelo da abstinência. Com essas duas novas Resoluções do Conselho de Ministros, o governo avança com medidas e ações concretas, através da implementação de uma rede nacional de redução de danos e do reforço das intervenções em meio prisional. Durante esse mesmo ano, o governo propôs uma discussão pública da política de redução de danos, envolvendo todos os sectores políticos e sociais da sociedade portuguesa.

Contrariamente a acusações de abdicação no combate ao problema das drogas, que surgiram no período, sobretudo pela descriminalização do uso de substância psicoativas, houve um apelo, manifestado pelo próprio Presidente da República, Jorge Sampaio, para a introdução de uma política pública de ação médica de redução de danos. Lembram, ainda em entrevista para a tese, Mendão e Silvério (2014), que

O Presidente alertou que a droga é um problema da sociedade portuguesa e não pode ser ignorado. (...) foi uma abordagem política muito interessante. De facto alguns atores, mesmo de instituições governamentais, foram respaldados, incentivados a falar e dar opiniões, havendo uma mudança muito significativa. O enquadramento institucional e social que foi dado, foi completamente diferente (daquele dado especificamente ao HIV/AIDS) (...) e contribui para os resultados positivos destas políticas junto aos UDI.”

O projeto de diploma sobre a redução de danos, após o período de discussão pública, foi aprovado com pequenas alterações pelo Conselho de Ministros, convertendo-se no Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho, o qual define o Regime geral das Políticas de

Redução de Danos (Portugal, 2001b). Com este diploma assume-se pela primeira vez uma política de redução de danos integrada, completa e globalmente acessível a todos os utilizadores de drogas ilícitas. O Decreto veio ainda consagrar um conjunto de diversos programas e estruturas sanitárias propostos na Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga: gabinetes de apoio, centros de acolhimento, centros de abrigo, pontos de contacto e de informação, espaços móveis de prevenção de doenças infecciosas, programas de substituição em baixo limiar de exigência, programa de troca de seringas, equipas de rua e programas para consumo vigiado. Para Costa (2001), este diploma além de corporizar os princípios propostos pela Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga de 1999, finaliza uma fase caracterizada pelo carácter clandestino dos programas e estruturas sócio-sanitárias e pela carência de coordenação entre eles. A publicação destes diplomas consagrativos da redução de danos representa um novo período de desenvolvimento da redução de danos em Portugal, que se caracteriza pela legitimação política.

Nota-se, como apontam Fernandes e Ribeiro (2004), que durante o período entre 1993 e 2001 o reconhecimento da eficácia destas práticas no domínio da saúde pública, sobretudo na prevenção ao HIV/AIDS e no controlo da criminalidade (redução da epidemia de VIH e de hepatites, controlo da pequena criminalidade associada ao consumo de drogas) conduziu à sua consagração nas estratégias nacionais de luta contra a droga.

No entanto, segundo Barbosa (2009:34), esta legitimação política da redução de danos não foi acompanhada, desde então, na intervenção, por medidas concertadas, diversificadas e adaptadas às práticas de risco e aos tipos de consumo, como se esperava, devido à resistência política e profissional manifestada no campo da saúde. Reforça esta afirmação a opinião de Mendão e Silvério (2014) quando na referida entrevista recordam que *“Em 2001, tínhamos um kit insuficiente. É apenas em 2007 que temos a versão atual do kit, dispensado em um saco verde, que contém duas seringas, carica, preservativos, folheto informativo, água destilada.”*

Contudo, o período compreendido entre 2001 e 2010 corresponde ao ciclo da legitimação política da redução dos danos, com a discussão pública e a posterior consagração legislativa. Nessa fase, foram projetados diplomas legais que regulavam vários programas e estruturas sócio-sanitárias vocacionadas para a defesa da saúde pública e privada. Em simultâneo, surgiram campanhas de educação para a saúde em espaços noturnos e generalizaram-se os programas de substituição opiácea de baixa exigência. Esta foi uma fase que compreende diversos momentos, como o reconhecimento político, o enquadramento legal e a consagração da redução de danos nas estratégias nacionais de luta contra a droga (Barbosa, 2009).

Ainda segundo Barbosa (2009), o reordenamento jurídico e estratégico do Instituto da Droga e Toxicoddependência (Decreto-Lei n.º 221/2007, Portaria n.º 648/2007, Portaria n.º

131/2008 e Despacho Normativo n.º 51/2008), também veio reforçar, numa lógica de territorialidade, de integração, de parceria e de participação, a institucionalização da redução de danos, ao contemplar na sua orgânica estruturas locais de caráter operativo e de administração, os designados Centros de Respostas Integradas (CRI). Estas unidades de intervenção local, compostas por equipas técnicas de redução de riscos e minimização de danos, atuam na comunidade por si e em colaboração com entidades públicas e privadas, dinamizando respostas integradas e territorialmente delimitadas de redução de danos junto de indivíduos toxicodependentes e indivíduos com síndrome de abuso ou dependência de álcool. Com a recente criação do Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI), que pretende investir na operacionalização de programas de ação territorial transdisciplinares, a redução de danos pode assumir uma destacada relevância interventiva, através do trabalho em rede, da otimização de recursos e da promoção da responsabilidade partilhada e coletiva pela gestão dos riscos sociais originados pelos consumos de substâncias psicoativas.

Em suma, como revelado até ao momento, e confirmado pelos informantes privilegiados abordados durante as entrevistas realizadas em Portugal (Barros, 2014; Diniz, 2014; Meliço-Silvestre, 2014; Mendão e Silvério, 2014) na realização da investigação da presente tese, o resultado positivo encontrado na prevenção ao HIV/AIDS entre UDI foi em funções de três fatores determinantes, atribuídos sobretudo na inserção destas estratégias junto às políticas públicas nacionais de drogas: i) a descriminalização do uso das drogas (Barros, 2014; Diniz, 2014; Mendão e Silvério, 2014); ii) a implementação, desde a década de 1990, de uma política de redução de danos, através do programa troca de seringas (Barros, 2014; Diniz, 2014; Galvão, 2014; Meliço-Silvestre, 2014; Mendão e Silvério, 2014); e iii) a implementação dos programas de substituição opiácea (Barros, 2014; Mendão e Silvério, 2014).

5.3 As organizações da sociedade civil e a resposta portuguesa ao HIV/AIDS

Nesta parte do capítulo V pretende-se perceber como é que se deu a intervenção das organizações da sociedade civil no combate ao HIV/AIDS em Portugal, a partir da revisão da bibliografia, das entrevistas realizadas com informantes privilegiados e da análise documental e legislativa relativa ao PNA português, entre 2001 e 2010. Inicia-se por uma breve caracterização desta relação na década de 1990 e desenvolve-se com ênfase nesta relação durante a década compreendida entre 2001 e 2010. Deste modo, poder-se-á notar se o perfil e a maneira de atuar destas organizações junto do PNA português mudou ao longo do enfrentamento da epidemia no país.

Importa salientar que, desde a aprovação e publicação do primeiro programa nacional de estratégias de enfrentamento ao HIV/AIDS, em Portugal já se referenciava a importância do envolvimento das organizações da sociedade civil neste âmbito. Assim, no Plano Nacional de Luta contra a AIDS de 1993, a CNLCS afirmava como uma prioridade “Privilegiar o desempenho das ONG no âmbito das atividades concretas a desenvolver no campo de luta contra a AIDS” (CNLCS, 1993). Mas, segundo diferentes autores (Lopes, 2000; Ribeiro e Sacramento, 2014; Santos, 2002) da mesma forma que a implementação de políticas públicas de combate ao HIV/AIDS levou quase uma década, desde o surgimento da doença em Portugal para efetivar respostas estatais, também as respostas da sociedade civil organizada surgiram tardiamente. A LPCS – Liga Portuguesa Contra a SIDA – foi a primeira organização institucionalmente constituída a surgir, em outubro de 1990. Entretanto a ABRAÇO, segunda instituição a surgir em Portugal, constituiu o caso de maior sucesso, sendo reconhecida socialmente pelo trabalho desenvolvido e pela visibilidade que procurou dar a esta questão (Santos, 2002), sobretudo durante a década de 1990 e início dos anos 2000 (Barros, 2014; Mendão e Silvério, 2014).

Criada em junho de 1992, a ABRAÇO resultou do trabalho desenvolvido por um grupo de voluntários que, desde 1991, prestava apoio material e psicossocial aos internados na Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Egas Moniz, em Lisboa. Esta instituição tem como principais objetivos a prevenção e informação, o apoio pessoal e hospitalar às vítimas da AIDS, a formação de profissionais e voluntários ligados ao tratamento, bem como a defesa dos direitos dos infetados com HIV/AIDS contra qualquer forma de discriminação (Santos, 2002). Tal qual apontado anteriormente, em relação às campanhas, a ABRAÇO teve também um papel fundamental no sucesso das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS junto dos UDI. Segundo Mendão e Silvério (2014), ainda em entrevista para a tese,

A ABRAÇO teve uma função importante em todo o processo dos UDI, não só na avaliação nos anos 1990 dos programas de trocas e do kit. [(Mas também), foi a ABRAÇO que conseguiu que o kit fosse efetivo, afirmando que era criminoso distribuir o kit da forma que se estava a fazer. E papel importante na conferência do Jorge Sampaio sobre drogas, em 2000, no CCB. Com a presença da mayor de Amsterdão. A ABRAÇO [era considerada] como a mais familiarizada instituição para falar do tema. E foi a instituição mais instrumental, foi quem desenvolveu esta conferência. O seu papel na área das drogas foi extremamente significativo. Apesar do objetivo principal não ser descriminalizar as drogas, era importante para o sucesso da intervenção em HIV/AIDS.

Diante dos constrangimentos apontados, o sucesso da intervenção da ABRAÇO neste período pode ser atribuído à postura mediática que esta organização adotou, a ponto de muitos cidadãos confundirem a ABRAÇO com a CNLCS. Como indica Mendão e Silva

(2014), também em entrevista para esta tese, “Por vezes achando que a ABRAÇO era a CNLCS. (...). Assim, a ABRAÇO fez uma coisa inestimável que foi por na agenda da sociedade portuguesa as questões e problemas que enfrentávamos [em Portugal, no combate à epidemia].”

5.3.1 Do protagonismo da ABRAÇO ao GAT

Contudo, segundo diferentes informantes privilegiados (Barros, 2014; Mendão e Silvério, 2014) o sucesso da intervenção da ABRAÇO na influência sobre as políticas públicas esgota-se em meados da década de 2000, quando assume protagonismo o GAT.

A ABRAÇO, até 2005, era a única instituição que tomava posições, com algum grau de sucesso e com muita visibilidade. Mas desde então isto desapareceu, sendo que o GAT a substituiu na área do tratamento, mas sem tanto sucesso em termos mediáticos. (...) Dentro da ABRAÇO surge um grupo para tratamento, em 2001. E este cria o GAT, com pessoas que já trabalhavam juntas, na ABRAÇO, desde 1996. (...) Depois de 2005 não se nota muita relevância da ABRAÇO. (...) O GAT, que tinha a missão muito bem definida, buscando inclusive pessoas em outras instituições interessadas na temática do tratamento, em 2005, quando o núcleo pensante da ABRAÇO saiu, e que já estava ligado ao GAT, assumiu um alargamento de sua missão, para tentar colmatar este vazio, pois em determinada altura questionou-se se o GAT faria outra instituição ou se alargava a área de intervenção. [A partir do momento em que assume a função de Coordenador do PNA o Dr. Henrique Barros] seguimos uma nova estratégia, menos de visibilidade pública e mais de aproximação com o poder, com os atores envolvidos, com a indústria, sem tanta contestação e mais de um modo colaborativo. (...) O GAT passa de uma fase mediática, de contestação, para uma fase em que a negociação com os parceiros foi priorizando a investigação na epidemiologia e o combate à discriminação, havendo uma nova postura, mais séria e académica, pois quando se tomam opiniões públicas baseadas nestes estudos são mais bem fundamentadas. Por isso, o GAT ganhou uma credibilidade junto aos decisores políticos e farmacêuticas, e da maioria dos médicos, que a ABRAÇO nunca teve... o que havia era uma pressão mediática e a Margarida [Martins, presidente da ABRAÇO até 2012] tinha os seus meios de chegar a estes. (Mendão e Silvério, 2014)

O Dr. Henrique Barros (2014) reforça esta opinião durante entrevista para esta tese ao afirmar que

(...) em Portugal, a ABRAÇO está morta desde meados dos anos 2000. O grande grupo da sociedade civil é o GAT, um grupo a sério para o enfrentamento do HIV em Portugal.

Da mesma forma, em Ribeiro e Sacramento (2014:245) lê-se que “(...) o GAT é um dos movimentos que mais se tem destacado neste campo”.

O GAT não foi a única instituição que surgiu de “raturas” na ABRAÇO. Também a instituição ILGA-Portugal (Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual e Transgénero) surgiu em 1996, a partir de voluntários que trabalhavam na ABRAÇO. Estes, que na sua maioria eram

homossexuais, pensavam que deveria existir uma organização que tratasse exclusivamente dos assuntos desta comunidade. Ou seja, a ILGA-Portugal sai da ABRAÇO e do movimento de luta contra a AIDS. Portanto, era uma espécie de associação das pessoas que, dentro do movimento de luta contra a AIDS, reconhecem a especificidade da questão homossexual. E, a partir daí, entram na questão homossexual já independente da questão da AIDS” (Santos e Fontes, 1999).

Entretanto, nos primeiros anos em que foi oficialmente constituída, a ILGA-Portugal participou, como consequência de ter surgido do movimento de luta contra a AIDS, em ações nesta temática. Por exemplo, em fevereiro de 1996, participou na Exposição SIDAdania, no Museu da Ciência da Universidade de Lisboa. Esta exposição, visando divulgar o trabalho desenvolvido na área e encorajar a prevenção, contou com o apoio da CNLCS e do Ministério da Educação. A 4 de maio de 1997, a ILGA-Portugal organizou a primeira Marcha em Memória e Solidariedade para com as Pessoas Afetadas pelo HIV/AIDS (Santos, 2002). De acordo com o relatório de atividades de 1998, a ILGA-Portugal desenvolveu dois projetos dentro da esfera social de ação da associação consagrada ao Apoio na Área do HIV/AIDS. Os projetos foram designados “Homossexualidade e AIDS I” – consistindo na produção e distribuição de folhetos e cartazes – e “Homossexualidade e AIDS II” – incidindo na produção e distribuição de *kits* compostos por preservativos, lubrificantes à base de água e uma brochura explicativa, em associações LGBT, bares, saunas, restaurantes e discotecas (Santos, 2002).

Apesar desse trabalho realizado pela ILGA-Portugal em torno do HIV/AIDS nos primeiros anos desde o seu surgimento, o principal objetivo desta associação nunca esteve diretamente ligado ao combate da epidemia (Santos, 2002). A ILGA-Portugal nunca quis ser uma organização de luta contra a AIDS, justificando que estas organizações já existem, realizando um trabalho que é muito válido (Santos & Fontes, 1999:107). Mendão e Silvério (2014), a este respeito durante entrevista para a tese, afirmam que

Em Portugal o movimento ligado à população LGBT nasceu tarde e cedo quis se dissociar do HIV. Sempre evitando esta associação, embora o criador e primeiro presidente da ILGA-Portugal fosse seropositivo. (...). As lideranças LGBT sempre tiveram, e têm, muita resistência em vincular-se à temática do HIV. Este medo da dupla discriminação sobre as populações mais atingidas pelo HIV tem tornado muitas vezes difícil a prevenção.

Nota-se que o mediatismo atribuído à intervenção da ABRAÇO na década de 1990 e as “raturas” surgidas no seu seio dificultaram o trabalho em redes, ou qualquer sinergia entre estas. Até ao ano 2000, segundo Lopes (2000:156) “(...) não se registam histórias relevantes de parcerias sustentadas e duradouras que envolvam estas ONG no domínio da AIDS”. Mendão e Silvério (2014) reforçam isto ao lembrar em entrevista que “(...) não havia diálogo

entre as [demais] instituições e a ABRAÇO. Estas tinham que engolir a ABRAÇO, pois esta tinha uma grande capacidade mediática”.

Diante do exposto acerca da intervenção das organizações da sociedade civil no combate ao HIV/AIDS durante a década de 1990, segundo Lopes (2000), as relações entre as organizações da sociedade civil e o PNA português, caracterizaram-se i) pela ausência de uma vontade política firme e sustentada para que se desenvolvessem respostas que unissem as iniciativas públicas daquelas propostas pelas organizações da sociedade civil, e ii) por uma certa dependência do Estado ao nível do financiamento, seguindo uma lógica do tipo *top-down*. Esta autora reforça este argumento lembrando que a CNLCS, em 1997, cria um programa de financiamento para as ações das organizações da sociedade civil, no qual um dos critérios de acesso consiste no desenvolvimento de intervenções apenas de acordo com as propostas pela CNLCS. E, ainda segundo esta autora, as políticas públicas desenvolvidas de combate ao HIV/AIDS em Portugal até ao ano 2000 evidenciam um “Estado contratualizador, seletivo e autoritário” (2000:143) nas relações com as organizações da sociedade civil, mesmo mantendo um discurso de aceitação do pluralismo institucional nesta temática.

5.3.2 O início do processo de legitimação da participação social no PNA português

Diante dos factos acima expostos acerca das organizações da sociedade civil no combate ao HIV/AIDS em Portugal, durante a década de 1990, convém perceber se as características atribuídas por Lopes (2000) à relação destas organizações junto com o PNA português se mantêm nos parâmetros mencionados no período compreendido entre 2001 e 2010. Segundo Ribeiro e Sacramento (2014: 239),

Avaliando o perfil das respostas produzidas pelas organizações da sociedade civil no combate ao HIV/AIDS, durante esta década, destaca-se o facto de se tratar de respostas (...) profundamente dependentes da iniciativa e do apoio financeiro dos atores públicos.

Um bom exemplo desta dependência é o Programa de Apoio e Desenvolvimento da Intervenção na Área da SIDA em Portugal (ADIS/SIDA) – criado em 2000, para auxiliar financeiramente organizações da sociedade civil que desenvolvam projetos no campo do HIV, em especial nas áreas da prevenção, da prestação de apoio social e da formação, que, tal como o programa criado em 1997, apenas financia as estratégias propostas pelo PNA, não havendo recursos para outras consideradas igualmente prioritárias pelas instituições da sociedade civil. Diante desta imposição expressa, Mendão e Silvério (2014), afirmam ainda durante entrevista para esta tese que “A prioridade do GAT é definir agenda nas políticas públicas

de combate ao HIV/AIDS independente (das orientações) do Programa Nacional para a Infecção pelo HIV/AIDS”.

Assim, estes informantes privilegiados, membros do GAT, durante a mesma entrevista, afirmam acerca da intervenção desta organização nos anos 2000 que

[O GAT] tinha menos visibilidade mediática [que a ABRAÇO], mas mais discussão e investigação necessária para afirmar que uma política pública tinha de ser de uma maneira ou de outra. Uma prioridade do GAT, [durante a década em estudo], foi a necessidade de reconhecimento da dimensão da epidemia em Portugal. Atualmente, ao mais alto nível, não se atreve a dizer que a nossa epidemia é igual a outras, e quem chegou nisto foi o GAT, que levou a instâncias internacionais [a questão de] que aqui há um problema, que aqui ainda não foi conseguido assumir-se o combate ao HIV/AIDS como prioridade, como uma situação bastante complicada que é.” (Mendão e Silvério, 2014).

A opinião destes informantes revela também, entre 2001 e 2010, a ausência de uma vontade política firme de combater o HIV/AIDS, percebida ainda na década passada por Lopes (2000).

Quando questionados acerca da relação com as organizações da sociedade civil, os ex-Diretores do PNA português abordados insistem em afirmar que estas eram ouvidas, na medida em que lhes eram dirigidos convites, havendo uma constante colaboração destas com o PNA. Nas palavras de Meliço-Silvestre (2014), responsável pelo PNA português entre 2003 e 2005, em entrevista para a tese, a relação com estas organizações

(...) era bastante boa, sempre trabalhamos em conjunto. Quando fazíamos os nossos congressos era a parte científica que funcionava. Quanto à parte social, esta era feita pelas ONG. Geralmente deixávamos uma tarde apenas para articular com as ONG. Chamávamos os projetos e as participações das ONG para falar sobre como fazer a terapêutica, perceber quais eram feitas pelas ONG... Então ajudavam realmente nas terapêuticas, por exemplo, se a toma era de duas ou três vezes por dia, e assim, quanto mais tomas, mais difícil a adesão ao tratamento. E neste processo terapêutico tivemos muitos avanços, e temos que saber isto, mesmo as ONG, para saber o que fazer para que a adesão terapêutica tenha sucesso.

Estas palavras não só caracterizam o papel assistencialista atribuído às organizações da sociedade civil nas políticas públicas de combate ao HIV/AIDS em Portugal, mas também caracterizam e reforçam o “o discurso de aceitação do pluralismo institucional”, percebido por Lopes (2000). Nota-se que o “pluralismo institucional” que era praticado pelo PNA português, desde o surgimento do primeiro PNA em 1993, quando propunha a participação das organizações da sociedade civil nas estratégias de combate ao HIV/AIDS, mantinha-se no âmbito dos discursos, pois até ao fim da gestão do Dr. Meliço-Silvestre o PNA português não contava com uma instância legalmente instituída de participação social, como o Fórum Nacional das Organizações da sociedade civil (que será abordado mais adiante), que viria a ser criado alguns anos depois.

Já para o Dr. Henrique Barros (2014), também acerca da relação com estas organizações, afirma ainda em entrevista para esta tese que

Quando fui responsável pelo PNA, [entre 2005 e 2012],) havia um diálogo com a sociedade civil, não havia tensão entre os interesses governamentais e destas organizações...

Entretanto, reconhece que, quando se alteram os critérios para repasses financeiros para as organizações da sociedade civil para projetos para o HIV/AIDS, em 2005, algumas organizações rompem as suas relações com o PNA português, a exemplo da ABRAÇO. A este respeito conta, ainda durante a mesma entrevista, que

Havia tradicionalmente uma distribuição de dinheiro para a sociedade civil que procurava, mais do que resolver o problema e defender uma estratégia, procurava meio que calar as reivindicações dos grupos da sociedade civil. E algumas destas organizações tinham uma rotina de fazer sempre as mesmas coisas. Não havia mais populações alvo e continuavam a exigir dinheiro para implementar sempre as mesmas coisas. E houve, por um lado, a busca de novas estratégias para resolver novos problemas. Houve alguma tensão quando se pretendeu criar um novo modelo de financiamento e de acompanhamento de execução, e em momentos houve cortes, havendo dificuldade em garantir algum dinheiro. Mas com os grandes grupos, que são verdadeiramente sérios, como é o caso do GAT, nunca houve problemas com eles. E aliás é curioso notar o que se passou em Portugal, pois houve um pico ligado à ABRAÇO e à Margarida Martins. Um exemplo, havia um grande alarido sobre o acesso das pessoas infetadas aos médicos dentistas, ou seja, acerca dos serviços de saúde oral. E neste momento, a ABRAÇO afirmava que apenas eles faziam, e que queriam dinheiro para isto. Entretanto, eu sempre percebi que este era um problema para o Serviço Nacional de Saúde, e criou-se um cheque saúde oral e o problema resolveu-se. A própria ABRAÇO, quando passou a ser necessário, ao pedir o dinheiro, justificar aquilo que era feito... você pergunte quantos doentes é que eles passaram a tratar... ou seja, havia uma organização do repasse de recursos à resposta, que muitas vezes serviam mais às organizações da sociedade civil, do que às populações que eles deveriam apoiar. Muito importante é que não estou a generalizar, mas com a ABRAÇO aconteceu isto. As pessoas queriam que o dinheiro 'chovesse' sem grandes exigências, sem explicações. Além disso, as pessoas perceberam rapidamente, que uma coisa são os serviços. E estes têm que ser prestados através de contratação. Uma contratação transparente e competitiva. O serviço deve ser contratado a quem o fornece melhor. E não simplesmente a quem manifesta a vontade de fazer as coisas e levar o dinheiro para as fazer. E não se pode confundir serviços com projetos experimentais, (...) a organização portuguesa até 2005 tinha esta confusão completa. Havia pessoas que forneciam serviços a vários anos, que concorriam todos os anos para manter este serviço. E claro que isto era completamente perverso. Pois as instituições tinham encargos, despesas, funcionários. E, portanto, consideravam que independentemente da qualidade de como o faziam, como sempre o tinham feito, tinham o direito a que isto se mantivesse. (Barros, 2014)

Percebe-se, entretanto, no discurso dos ex-Diretores do PNA português no período em análise, entrevistados para a presente tese, contrariamente do que afirmaram anteriormente, que por vezes foi preciso utilizar a imposição por parte do PNA às propostas da sociedade civil, como aponta em entrevista o dr. Meliço-Silvestre (2014),

A sociedade civil organizada, naquela época (2005), fazia alguma pressão sobre a CNLCS, estávamos no 'boom' da epidemia, havia muito receio sobre a doença. Eu estava na CNLCS no processo de notificação obrigatória dos Portadores Assintomáticos, havia muita resistência nisto, alguns diziam que não deveria se saber se a pessoa era seropositiva ou não, começavam a reforçar a parte negativa que isto tinha, o medo de perder o anonimato... E isto criou situações muito complicadas. Era muito difícil, por exemplo, neste hospital manter o anonimato quando um funcionário era seropositivo, falo de experiência própria vivida aqui enquanto fui Diretor Geral, antes de assumir a CNLCS. Mas eu tive que impor isto, pois de outra maneira não conseguia fazer estatísticas, era algo impossível de se fazer, mas numa certa altura impus a situação, e teve que ser assim, e depois a coisa diluiu-se. Tentou-se fazer o mais sobriamente possível. Está é uma situação que se iniciou no meu reinado e que se mantém até hoje, a estatística é feita pelo INSA – Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge, que articula com a CNLCS, mas perdeu um pouquinho a força, a estrutura do INSA e da CNLCS modificou-se completamente, mas já não depende de mim.

É também referido em entrevista pelo Dr. Henrique Barros (2014),

Quando mudei as regras do ADIS/SIDA houve muito barulho por parte de organizações da sociedade civil, a exemplo da ABRAÇO, mas que para mim não teve problema, pois as regras vieram para exigir prestação de contas, relatórios de atividades e para justificar o repasse financeiro.

Nota-se nestas palavras um certo carácter de “Estado contratualizador, seletivo e autoritário” que caracterizava as relações entre a sociedade civil organizada e o PNA português já na década de 1990, como propunha Lopes (2000).

Facto é que, como apontam Matic *et al* (2008) e Ribeiro e Sacramento (2014), só muito recentemente é que se começou a vislumbrar alguma abertura e flexibilidade das instituições públicas no sentido de uma efetiva cooperação entre organizações da sociedade civil e o PNA português. O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção HIV/AIDS, previsto para o período entre 2007 e 2010 (CNSIDA, 2007), procurou dar corpo às propostas do Plano Nacional de Saúde, referindo que

[A promoção da] participação das organizações da sociedade civil, com especial destaque para aquelas que resultam da organização das pessoas que vivem com a infeção por HIV, constitui um fator determinante para o sucesso das medidas (...) propostas”. (Matic *et al*, 2008: 46-47)

Refira-se a resolução do Parlamento Europeu de 24 de abril de 2007, sobre a luta contra o HIV/AIDS na UE e nos países vizinhos 2006-2009, que incentivava os Estados-

Membros a desenvolverem fóruns da sociedade civil a nível nacional, promovendo assim a cooperação entre os governos nacionais, as autoridades públicas, os serviços de saúde e as organizações não-governamentais e da sociedade civil com intervenção na área do HIV/AIDS (FNESC, 2007).

Diante disto, em 2007, sob direção do então responsável pelo PNA português, Professor Dr. Henrique Barros, deu-se a criação do Fórum Nacional da Sociedade Civil para o HIV/AIDS – FNESC – realçando, como nota introdutória, a importância da discussão da proposta de regulamento do Fórum, enquanto instrumento de consulta e envolvimento da sociedade civil no âmbito da prevenção e controle da infeção pelo HIV/AIDS e como órgão responsável pela eleição do futuro representante das ONG no Conselho Nacional para a Infeção do HIV/AIDS (FNESC, 2007, Ata nº 1). Nesse sentido, o PNA português incluiu, institucionalmente, nos processos de decisão e implementação de políticas na área do HIV/AIDS, as organizações da sociedade civil.

O FNESC constitui-se, assim, numa estrutura proactiva de audição prévia, consulta e intervenção em relação ao Programa Nacional de Prevenção e Controlo VIH/SIDA integrado, atualmente, na Direção-Geral de Saúde (DGS), sem prejuízo da autonomia e capacidade de intervenção direta de cada uma das organizações/associações que o compõem. De mencionar que o FNESC tem como objetivo garantir a participação efetiva da sociedade civil em todos os aspetos da resposta à epidemia, nomeadamente: i) assegurar o contributo para o desenvolvimento, implementação e monitorização e avaliação das políticas HIV/AIDS; e ii) estimular o trabalho em rede das organizações da sociedade civil (FNESC, 2007). Dereforçar que as instituições do FNESC não são exclusivamente voltadas para ações de combate ao HIV/AIDS, sendo que várias delas apenas apresentam intervenções pontuais com pessoas que vivem com HIV/AIDS, pelo que não são consideradas ONG/AIDS, como o são a ABRAÇO e o GAT.

Assim, após a reunião de 30 de novembro de 2007, que criara o FNESC, a segunda reunião deste Fórum apenas acontece em 23 de setembro de 2008, praticamente um ano depois. A terceira reunião do FNESC realiza-se no dia 13 de maio de 2009 e a seguinte no dia 25 de junho do mesmo ano. Nota-se que o FNESC constituía, até então, apenas uma iniciativa do PNA português, sem o respaldo de uma legislação específica, situação que mudaria em outubro do mesmo ano.

É muito interessante notar em relação ao FNESC que, apesar de ser constituído como uma instância de consulta para o PNA português, o responsável por esta instituição participa apenas na primeira reunião do FNESC, da qual o Coordenador do Programa Nacional para a Infeção pelo HIV/AIDS a preside. Nas demais reuniões do FNESC, o PNA português não consta da relação de entidades presentes nas Atas nº 2, 3 e 4, tanto que nesta última reunião

foi um dos temas de debate, mas não efetivado, ou seja, discutia-se a presença ou não do PNA português nas reuniões do FNSC.

Entretanto, também em 2007, o PNA contemplou ainda a criação do Conselho Nacional para a Infeção HIV/AIDS, como instrumento de coordenação e acompanhamento das políticas públicas de prevenção e controlo da infeção por HIV desenvolvidas sectorialmente, o qual incluía pela primeira vez um representante das organizações da sociedade civil, bem como “representativas dos infetados e afetados pelo HIV/AIDS, eleito pelo Fórum Nacional da Sociedade Civil - FNSC” (Portugal, 2007).

De facto, apesar de ter sido instituído em 2007, o FNSC foi apenas formalizado e legalmente respaldado em 2009, pelo Despacho n.º 22811/2009, que cria legitimamente o Fórum Nacional da Sociedade Civil para HIV/AIDS (Portugal, 2009). Também em 2009, o Conselho Nacional para a Infeção HIV/AIDS passa a incluir mais dois representantes do FNSC nesta instância, através do Despacho nº 19935/2009 (Portugal, 2009a), aumentando deste modo as oportunidades de participação de representantes da sociedade civil na formulação e implementação de políticas públicas intersectoriais de combate ao HIV/AIDS. Parece, aqui, que o “discurso institucional pluralista” deixa de ser discurso e passa a ser prática no PNA português.

5.3.3 A dinâmica da relação entre as ONG/AIDS e o PNA português

Em análise às Atas do FNSC notam-se alguns constrangimentos entre as próprias instituições da sociedade civil, bem como entre estas e o PNA português. No primeiro caso, um exemplo que se prende com o posicionamento da ABRAÇO diante do FNSC (2008), revelado na Ata nº 2 acima exposta. Outros exemplos são revelados na Ata nº 4, onde se percebe haver competição e divergências entre as instituições do Fórum na busca por recursos junto dos laboratórios:

As instituições representam-se a elas próprias e (...) não é agradável acontecer o que, por exemplo, aconteceu no ano passado quando a LPCS pediu um donativo a um laboratório, no caso a Glaxo, ao que este referiu já ter dado ao GAT, demonstrando e verbalizando que ‘julgava que esta Instituição representava as ONG relacionadas com a AIDS em Portugal’. E ainda na avaliação de um encontro das ONG`s do FNSC, onde os presentes fizeram um balanço negativo sobre este encontro. Sobressaiu para o exterior mas também para os próprios representantes do FNSC a imaturidade do grupo e a falta de objetivos que nos orientam.” (FNSC, 2009),.

Em entrevista para a tese, o Doutor Antonio Diniz (2014), atual responsável pelo PNA português, traduz estes constrangimentos quando afirma que “*Gostava que fosse uma sociedade civil mais forte*”, pois na sua opinião algumas organizações não fazem parte do FNSC justamente “*(...) por divergências entre elas*”.

Em relação ao segundo constrangimento lê-se, na Ata nº 3, Sobre a discussão das prioridades do ADIS/SIDA para 2010 esperava-se algumas reações das organizações do FNSC. A definição das prioridades envolveu a consulta das ARS e da sociedade civil que identificaram lacunas, assim como questões de âmbito mais vasto nomeadamente políticas nas quais não poderão intervir. Referindo que o ADIS/SIDA é uma componente da resposta à epidemia com os seus constrangimentos e que estão atualmente implementados 59 projetos. Acrescenta que as prioridades são as que constam no edital e que existiram prioridades que transitaram por ausência de resposta. Duarte Vilar evidencia que esta discussão para o atual ano não terá qualquer influência uma vez que as prioridades já foram definidas. Acrescenta que existe um retorno aos ‘grupos’ de risco e revela os seus receios que se descurem outras propostas nomeadamente a prevenção. Salienta que deve existir a preocupação direcionada a todas as populações. Eugénia Saraiva subscreve o referido por Duarte. Ana Filgueiras defende a necessidade de uma abordagem multisectorial, englobando os diferentes ministérios de forma a possibilitar uma abordagem integrada efetivamente capaz de responder à diversidade de fatores e de condições de vulnerabilidade que expõem as pessoas à infeção por HIV/AIDS. Acrescenta a necessidade do PNA português cobrar politicamente a participação dos outros ministérios assim como a importância da sociedade civil em se mobilizar para esta questão. Filomena Aguiar realça que considera a prevenção prioritária. Ana Filgueiras defende que, no atual momento da pandemia, o ‘tratamento’ é indissociável da ‘prevenção’ na medida em que é per si um fator de redução da possibilidade de infeção dos parceiros sexuais das pessoas com HIV. Andreia Ferreira refere que na definição de prioridades seria importante uma reunião. Joana Bettencourt releva que a coordenação não é só ADIS, esta é uma componente, não são prioridades nacionais. Acrescenta que não se pode considerar que a prevenção desapareceu como prioridade. (FNSC, 2009, ata nº 3).

Percebe-se aqui que as organizações da sociedade civil criticam o PNA português por apenas trazer o tema para debate, mas num momento em que este não interferirá nas diretrizes do programa de financiamento ADIS/SIDA. Como refere um representante do GAT “(...) evidencia[-se] que esta discussão para o atual ano não terá qualquer influência uma vez que as prioridades já foram definidas” (FNSC, 2009, Ata nº 3).

Ainda em análise às Atas do FNSC nota-se, por diversas ocasiões, discordâncias entre as instituições que fazem parte deste. Desde logo, na segunda reunião do FNSC a ABRAÇO retira-se deste, pois considera que o FNSC não deveria ser apenas uma instância de consultiva ao PNA português, que deveria ser autónoma deste (FNSC, 2008). Entretanto, as demais organizações não só não concordam com isto, como no Regulamento Interno do FNSC aprovam por unanimidade que este “(...) será garantido pela Coordenação Nacional para a Infeção do HIV/AIDS, que assegurará, no âmbito de seu orçamento as despesas de deslocação, alimentação e alojamento dos membros do FNSC realizadas aquando das reuniões do FNSC”; no mesmo sentido, também por unanimidade, retiram o ponto que afirma

que “ (...) no futuro, o Fórum agirá de forma a concretizar a sua autonomia e independência face a qualquer estrutura estatal/pública”. Esta última afirmação reforça a dependência desta instância do controle do Estado, como já apontara como constrangimento na intervenção das organizações da sociedade civil nas políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, na década de 1990, a excessiva dependência financeira em relação ao Estado (Lopes, 2000), o que mantém na década em análise.

Em 2010, em apreciação à Ata nº 10 (julho de 2010), nota-se que não há efetividade e clareza acerca das atribuições do FNSC e de seus membros, sendo que nesta Ata consta:

Possibilidade de alargar o FNSC a novos membros e avaliação da dinâmica da estrutura atual. (...) ficou claro que para a maioria dos membros presentes, os assuntos do FNSC deixaram de ser uma prioridade nas suas agendas, por vários motivos, mas principalmente, pela ausência de discussão sobre assuntos verdadeiramente pertinentes para o FNSC. Surgiram vários pontos de vista sobre esta questão, sendo que a maioria concordou que a maioria dos membros não tem conhecimentos suficientes para discutir alguns assuntos, principalmente, no âmbito de intervenções políticas. Questionou-se a importância e a missão do FNSC para cada um dos membros e, interessante, foi verificar que não existe uma unanimidade nas respostas, dando origem a alguns dos problemas que se verifica na dinâmica do FNSC.” (2010, Ata nº 10).

Outra característica interessante notada na ação da sociedade civil em relação às políticas públicas de combate ao HIV/AIDS é que estas condicionam também a sua intervenção junto ao Ministério da Saúde em função das legislaturas, ou sucessões, como se lê na Ata nº 6, de outubro de 2009: “Em relação a carta à ministra (não sabemos se esta irá continuar em funções ou não) pelo que não faz sentido pressionar desde já”.

Outro indício do tardio envolvimento das organizações da sociedade civil nas instâncias públicas de formulação e implementação de políticas públicas no combate ao HIV/AIDS é que apenas em 2009 um representante destas organizações é convidado a fazer parte do Conselho Nacional de HIV/SIDA:

O Professor Henrique Barros, deu início aos trabalhos à hora prevista, realçando, como nota introdutória, a importância da discussão da proposta de regulamento do Fórum, enquanto instrumento de consulta e envolvimento da sociedade civil no âmbito da prevenção e controle da infeção HIV/AIDS e como órgão responsável pela eleição do futuro representante das Organizações Não Governamentais no Conselho Nacional para a Infeção do HIV/AIDS”, (FNSC, 2009, Ata nº 3).

Apenas em 2009 as organizações da sociedade civil propõem um encontro nacional, o qual, como apresentado anteriormente, foi avaliado pelo próprio FNSC como pouco produtivo: “Propõe[-se] no próximo dia mundial da AIDS, em 2010, realizar o primeiro

encontro nacional da sociedade civil na área da AIDS. Estabelecer as prioridades (...)” (FNCS, 2009, Ata nº 7).

Entretanto, ainda em 2010, através da apreciação da Ata nº 9 do FNCS nota-se bastante desconforto das organizações presentes nesta instância consultiva, pois consideram que as suas sugestões para o programa de financiamento das ações da sociedade civil, ADIS/SIDA, para o ano 2011, não foram incorporadas:

ADIS/SIDA 2011 - As prioridades da sociedade civil não estão incorporadas. Foram enviadas tardiamente? Uma auscultação do FNCS para quê? É igual ao do ano passado tirando os migrantes. O enfoque sobre HSH poderá contribuir para a discriminação pela positiva. Estamos a focar em grupos de risco. Não há prevenção nenhuma...” (FNCS, 2010, Ata nº 9).

Entretanto, no ano 2010, notam-se divergências entre a coordenação do PNA e as organizações da sociedade civil participantes do FNCS também acerca das prioridades de enfrentamento da epidemia, contradizendo as palavras do Dr. Henrique Barros, acima expostas. Enquanto o Dr. Henrique Barros priorizava a intervenção nos grupos mais vulneráveis, justificando assim a importância destas populações nas linhas orientadoras do ADIS/SIDA para o ano 2011. Em entrevista para a presente tese refere que

Nos países em que a infecção está concentrada, como é o caso de Portugal, esta circula entre populações específicas, entre UDI (que impulsionaram a epidemia em Portugal), Profissionais do Sexo e HSH, que é o caso português. Os heterossexuais, que é a grande categoria em Portugal, são uma categoria que necessita de muito apuramento, pois por vezes estas transmissões, que são afirmadas heterossexuais, são de facto por relações entre HSH, mas não assumem esta categoria de risco. A proporção entre homens e mulheres, foi sempre perto de 3, 4, 5 homens por mulher, o que comprova que a infecção não é generalizada, é concentrada em populações específicas. A análise destas populações é importante, mas quantitativamente ainda carente. (...) Num inquérito nacional de sexualidade, realizado em 2006/2007, solicitado por mim ao Instituto Superior Técnico, revela-se que quase 4% dos homens reconhecem terem tido relação com outros homens. Assumindo assim à volta de 250.000, 300.000 HSH em Portugal. Neste grupo é que circula a doença. (Barros, 2014)

Diferentemente desta opinião, membros da sociedade civil consideravam que as linhas orientadoras reforçavam o conceito de grupos de risco e conseqüentemente a discriminação junto destes: “Estamos a focar em grupos de risco, (...) sendo um excessivo enfoque nos grupos de riscos, (...) o enfoque sobre HSH poderá contribuir para a discriminação (...)” (FNCS, Ata nº 9, maio de 2010). Além disso, apontavam que “Não há prevenção nenhuma, (nem informação sobre) qual o nosso público-alvo da prevenção (grupos de risco ou população em geral)?” nas linhas orientadoras do ADIS/SIDA 2011. Entretanto, era entendimento das organizações da sociedade civil, transcrito em Ata do FNCS, que “(...) temos que educar para uma cultura de prevenção e de saúde.” (FNCS, Ata nº 9, maio de 2010).

Segundo Crisóstomo (2009), apesar de, em Portugal, até 2009, ainda não existir um envolvimento pleno nas políticas de saúde, como preconizado pelas instâncias internacionais, este tem avançado”. Um exemplo deste avanço na participação da sociedade civil nas políticas públicas de combate ao HIV/AIDS está nas palavras de Mendão e Silvério (2014), proferidas durante entrevista para a presente tese, quando lembram que

(...) em Portugal [a implementação de um projeto de apoio e prevenção à discriminação por HIV/AIDS] foi uma iniciativa da sociedade civil, pois até [2009] não foi feito nada sobre discriminação [pelo PNA português], sempre citam-se nos documentos oficiais, lá está, mas na prática não é feito nada. A primeira iniciativa que houve, em termos de discriminação, foi da sociedade civil, que foi a criação de um Centro Anti Discriminação de Apoio a Pessoas com HIV. Foi uma iniciativa do GAT em parceria com a Ser +, que fica em Cascais. Apresentou-se o primeiro projeto em 2009 para financiamento, mas a Coordenação Nacional, na pessoa do Dr. Henrique Barros, recusou, pois não estava nas prioridades dadas ao financiamento. Voltou-se a apresentar no ano seguinte, e sob insistência minha junto ao Henrique de Barros, esta área foi considerada prioritário e assim de fato foi financiado.

Apesar dos avanços na institucionalização da participação social nas políticas públicas de combate ao HIV/AIDS em Portugal, sobretudo com a legitimação do FNSC, o “Estado contratualizador, seletivo e autoritário” manteve, como se percebe nas palavras do Dr. Henrique Barros (2014), que coordenara o PNA entre 2005 e 2012, acerca do programa de financiamento às organizações da sociedade civil: “E estes tem que ser prestados através de contratação. Uma contratação transparente e competitiva. O serviço deve ser contratado a quem o fornece melhor.”

Além disso, nota-se um desconforto expresso e documentado no próprio papel do FNSC em relação à sua atuação e efetividade junto às políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, na medida em que se lê

(...) deveríamos constituirmo-nos como federação nacional de organizações de saúde porque (...) não temos poder negocial (...). (...) o FNSC é meramente consultivo sem qualquer peso [deliberativo]”. (FNSC, 2009, Atas nº 6 e nº 7).

5.4 O PNA Português e as Metas da UNGASS

O UNAIDS, tal qual revelado anteriormente, e como outras agências, integra a comunidade internacional de ajuda ao desenvolvimento, formada pelas agências e fundos das Nações Unidas, pelo BM, pelos bancos regionais de desenvolvimento e pelas agências governamentais de cooperação internacional. Entretanto Mattos (2008), destaca que as agências internacionais têm-se dedicado cada vez mais à oferta de ideias sobre quais seriam as políticas mais adequadas aos países em desenvolvimento (como é o caso das Metas da

UNGASS) e esta oferta de ideias pode ser compreendida no contexto da dinâmica de competição/cooperação entre os membros daquela comunidade. Segundo este autor, os países que dependem de maiores fundos das agências internacionais financeiras tentem a adotar postura mais colaborativa do que os outros.

Diante disto, em princípio, e considerando que Portugal não conta com fundos do BM para implementar políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, como apresentado anteriormente, pode-se supor que as Metas da UNGASS não influenciaram diretamente a implementação destas políticas públicas. Entretanto, o PNA português, por diversas vezes cita as Metas da UNGASS nos programas plurianuais, como é o caso dos Planos Nacionais de combate ao HIV/AIDS de 2004-2006 (CNLCS, 2004) e 2007-2010 (CNSIDA, 2010), onde se afirma que por Portugal ser signatário estes planos são fundamentados nos compromissos internacionais assumidos. Também a Plataforma Laboral contra a SIDA (Meliço-Silvestre, 2005) referencia as Metas da UNGASS como fundamentadoras desta iniciativa.

Em 2001, ainda que tardiamente, Portugal insere-se no panorama internacional de combate ao HIV/AIDS, pois até este ano “(...) *não havia discussão, estávamos completamente ausentes da discussão, não sabíamos o que se fazia no mundo para a luta contra o HIV*” (Mendão e Silvério, 2014).

Assim, logo a 30 de maio de 2001, Fernando Ventura, Presidente da CNLCS, foi eleito Vice-Presidente do Conselho de Coordenação do UNAIDS. A partir desse ano, Portugal obteve pela primeira vez o estatuto de membro permanente desse organismo, responsável por todas as questões relacionadas com política, estratégia, financiamento, vigilância e avaliação do UNAIDS. Cerca de um mês depois, em junho de 2001, fixaram-se as Metas da UNGASS, onde Portugal foi o único país europeu a estar representado pelo chefe de Estado, Jorge Sampaio, “*facto que foi fortemente elogiado pelos demais participantes*” (Mendão e Silvério, 2014).

Finalmente, a 16 de julho de 2001, a Assembleia da República fez aprovar a Resolução nº 54, na qual formula três recomendações ao governo: i) uma ativa intervenção internacional para combater eficazmente a AIDS; ii) o acolhimento dos princípios das ONU nessa matéria; e iii) a criação de um programa específico de combate à epidemia nos países africanos de língua oficial portuguesa (Portugal, 2001a).

Entretanto, como afirma um dos ex-Diretores do PNA português abordado em entrevista (e também os representantes das organizações da sociedade civil) “(...) *há uma grande diferença entre o que está escrito e a prática em si*” (Barros, 2014; Mendão e Silvério, 2014). Ribeiro e Sacramento (2014: 239), reforçam esta impressão ao afirmarem que nas políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, na década de 2000, em Portugal “(...) prevalece

uma certa dissociação entre o que está fixado nos princípios e recomendações de ação e aquilo que é efetivamente levado à prática.”

Deste modo, para Matic et al. (2008) não há alterações significativas provocadas pela assinatura das Metas da UNGASS em Portugal. Para estes autores o Estado português e o PNA apenas demonstram comprometimento e empenho em adotar as boas práticas internacionais, uma maior abertura para uma atuação multivocal ampla e sustentada (através de parcerias com a sociedade civil e mesmo com privados), a partir de 2004, começando a reconhecer as consequências negativas de uma estratégia em que o Estado atua de forma isolada, centralizada e, sobretudo, deficiente. Para Matic *et al* (2008) a assinatura da Declaração de Dublin foi fundamental para que Portugal iniciasse a desenvolver estratégias em consonância com o cenário internacional. Mendão e Silvério (2014) em entrevista para esta tese reforçam esta opinião

Com a assinatura da Declaração de Dublin, onde novamente Jorge Sampaio é o único chefe de Estado presente, e nesta conferência produz-se a grande declaração europeia, pois é a primeira vez que esta dimensão da epidemia concentrada em grupos específicos, surge como o motor, na Europa, e mais uma vez esteve presente, e finalmente o UNAIDS incorpora a Declaração de Dublin às Metas da UNGASS e neste momento a monitorização é conjunta.

Facto que também reforça esta opinião é que o surgimento da Plataforma Laboral contra a AIDS é exemplo disto e só surge em 2005 (Meliço-Silvestre, 2005).

Entretanto, apesar de Portugal referenciar, mas não fundamentar as suas estratégias nas orientações e compromissos assumidos na UNGASS, é importante perceber que estas são, antes de mais, influenciadas pelo contexto europeu. Assim, as políticas públicas de combate ao HIV/AIDS na Europa, inscrevem-se no quadro do Estado-providência, a configuração estatal produzida pelos compromissos, promovidos e mediados pelo Estado, entre as diversas forças sociais que compõem as sociedades modernas, no qual ele assume um papel relevante enquanto financiador e prestador de cuidados de saúde sem distinção, pelo menos no plano jurídico, de género, idade, classe, doença ou outra “marca” que concorra para a definição identitária dos cidadãos e o seu posicionamento na estrutura social (Santos, 2002).

Meliço-Silvestre (2014), recorda isto quando afirma durante entrevista para a tese que *“Portugal, antes de se reportar às Nações Unidas, deve respeitar a legislação e os condicionantes que a União Europeia lhe impõe...”*

A este respeito Ribeiro e Sacramento (2014) afirmam que no contexto do continente europeu, as orientações políticas do UNAIDS têm sido reforçadas e/ou complementadas pela atuação da UE, com algumas iniciativas políticas significativas nos últimos anos, tais como: i) a canalização de mais de 260 milhões de euros anuais, desde 2003, para responder à

AIDS, à tuberculose e à malária; ii) a liderança política junto dos Estados-membros no processo de implementação das recomendações do UNAIDS e de outros fóruns internacionais relevantes, como a conferência de Dublin; iii) a coordenação do debate e implementação de estratégias de abordagem ao HIV no espaço europeu e em contextos geográficos vizinhos, assim como o reforço do compromisso dos Estados-membros em cumprir essas mesmas estratégias através das Declarações de Dublin e de Vilnius, ambas estabelecidas em 2004; iv) a criação do fórum HIV/AIDS Think Tank, com o objetivo de promover a circulação de informação entre a Comissão Europeia, os Estados-membros, os países candidatos à entrada na UE e os países-terceiros do continente europeu; e v) a relevância dada à problemática da AIDS no comité do Programa de Ação Comunitária no Domínio da Saúde Pública. Para Matic *et al* (2008), também a formulação, em 2005, de um documento estratégico intitulado “The communication from the Commission to the Council and the European Parliament on combating HIV/AIDS within the European Union and in the neighbouring countries, 2006-2009”, estabelecendo estratégias e prioridades em relação à prevenção, tratamento e vigilância epidemiológica da AIDS na Europa, revelam as estratégias dentro da Europa de efetivação das Metas da UNGASS.

Em 2007, no âmbito da Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia, Portugal preside à Reunião dos Coordenadores dos Programas Nacionais HIV/AIDS da UE, intitulada - “Traduzir princípios em acção na Região OMS” - Europa e Países Vizinhos da UE, com a participação de 150 pessoas. Nesta reunião afirma-se que

O controlo da epidemia HIV/AIDS exige uma acção concertada, política e técnica, da UE no desenvolvimento de modelos comuns de vigilância epidemiológica, boas práticas e políticas de prevenção, tratamento e apoio custo-efectivas. De forma a assegurar uma resposta consistente e sustentada, mantendo os compromissos políticos assumidos e as iniciativas desenvolvidas sob a égide da Comunidade Europeia, e a traduzir os princípios orientadores em acção efectiva, os Países Membros devem acordar na criação de mecanismos técnicos. Neste contexto, Portugal organiza a primeira reunião dos Coordenadores dos Programas Nacionais de HIV/AIDS e que será alargada a todos os países da Região Europeia da OMS (OMS-Europa) e Países Vizinhos. São parceiros na preparação desta reunião: a Comissão Europeia, o UNAIDS, a OMS, o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, a OIM, a OIT e o Fórum Europeu da sociedade civil. A escolha das “Migrações” como tema central da Saúde no âmbito da Presidência Portuguesa da UE, representa uma oportunidade para discutir as questões e partilhar as respostas relativas às populações migrantes na Europa, particularmente no que respeita a prestação de cuidados de saúde, incluindo a prevenção, tratamento e apoio às pessoas que vivem com HIV/AIDS. O seu sucesso depende ainda do envolvimento das organizações da sociedade civil, incluindo migrantes e pessoas que vivem com HIV e AIDS. Entre os objectivos da reunião, salientam-se: a análise da situação actual na UE, Região OMS-Europa e Países Vizinhos no domínio do HIV/AIDS, em

particular, no que respeita às populações migrantes; a definição de prioridades e acções para responder às limitações existentes; e a tradução dos compromissos políticos e dos princípios orientadores em mecanismos técnicos e acções efectivas. O programa do evento prevê grupos de trabalho dedicados a questões específicas tais como: a prevenção do HIV; a vigilância epidemiológica e as políticas de detecção; o acesso ao tratamento pelos migrantes e populações móveis e em meio laboral. No final do segundo e último dia do evento serão apresentadas recomendações sobre prioridades e processos para ultrapassar as insuficiências, lacunas e obstáculos na notificação do impacto do HIV nas populações móveis e migrantes. (Portugal, 2007: 21-22).

Para informantes privilegiados membro da sociedade civil abordados em entrevista para esta tese, o Dr. Mendão e o Dr. Silvério, afirmam que

(...) esta foi a primeira vez que o PNA português convocou de fato as pessoas a viverem com HIV e aida a colaborarem efetivamente com o PNA, onde inclusive fomos pagos, não foi preciso trabalhar voluntariamente como sempre aconteceu quando fazíamos coisas em colaboração com a Coodenação.” (Mendão e Silvério, 2014).

Entretanto, como recordam Ribeiro e Sacramento (2014), considerando o contexto português, encontramos ainda vários desfasamentos face às recomendações do UNAIDS para epidemias concentradas. Desde logo, a manifesta falta de vontade política no sentido de promover a formação de líderes locais e estruturas de base comunitária para atuar nos contextos mais problemáticos em termos de saúde. Mendão e Silvério (2014) concordam com esta opinião ao afirmarem em entrevista que “O FNESC, por exemplo, foi criado em função de uma das normativas europeias e não pela razão de que o PNA português queira ouvir as organizações que estão no terreno”.

Verifica-se esta situação na análise das Atas do FNESC, onde o PNA consta das instituições presentes apenas na primeira reunião, em 2007, ainda antes deste Fórum ter sido legislativamente regulamentado. Por outro lado, e talvez ainda mais preocupante, parece haver uma permanência de legislação, políticas e orientações institucionais nefastas à prevenção e gestão do HIV/AIDS ou, noutros casos ainda mais frequentes, a não operacionalização de quadros legislativos que até se revelam adequados. Mendão e Silvério (2014), ainda em entrevista, também reforçam que “(...) as poucas iniciativas de mudar ou criar qualquer legislação a favor das pessoas que vivem com HIV/AIDS, em Portugal, são sempre das ONG e não do PNA”.

Outros exemplos estão nos contextos da toxicod dependência e das prisões: i) a falta de uma ampla rede de consumo assistido de drogas por via intravenosa (salas de chuto); ii) a elevada taxa de encarceração e a utilização excessiva da figura da prisão preventiva, a sobrelotação das cadeias, a não distribuição sistemática de seringas, desinfetante de

material de injeção e piercing, preservativos e lubrificante aos detidos, em clara contradição com aquelas que são as principais recomendações do UNIADS (2001; 2007).

Em suma, para alguns informantes privilegiados

Os compromissos (assumidos nas Metas da UNGASS) nunca foram estruturalmente assumidos como linhas orientadoras, mesmo estando no papel, não se transformam em prioridades quando são implementadas. (Mendão e Silvério, 2014).

Apenas recentemente alguns dos compromissos passam a ser implementados, mas mais como influência do contexto europeu, do que influência das Metas da UNGASS ou da pressão dos grupos de interesse institucionalmente constituídos.

5.5 Características determinantes ao longo da década de 2001 – 2010

Na exposição realizada até ao momento, acerca da implementação de políticas públicas de combate ao HIV/AIDS desempenhadas pelo PNA português entre 2001 e 2010, pode-se perceber que esta política pública reflete constrangimentos que o próprio SNS apresenta ao longo do seu desenvolvimento. Ou seja, vários desafios que autores expõem acerca das políticas públicas de saúde em Portugal são percebidos também nas estratégias utilizadas pelo PNA de Portugal.

Assim, evidências de constrangimentos na implementação de políticas públicas de saúde em Portugal, percebidas por Amendoeiro (2009), também são notadas nas políticas públicas de combate ao HIV/AIDS. Tem sido frequente a falta de implementação, parcial ou total, das reformas legislativas, como os próprios informantes privilegiados abordados afirmaram (Mendão e Silvério, 2014) e também reforçada na revisão bibliográfica (Ribeiro e Sacramento, 2014). Entretanto, as dificuldades na implementação podem ser atribuídas a diferentes fatores (Amendoeiro, 2009) referenciados e explicados abaixo:

Primeiramente, aponta-se o facto de haver decisões pouco baseadas no conhecimento. As dificuldades e limitações no desenho e implementação de políticas públicas baseadas na evidência são bem conhecidas. Muito poucas das reformas mais importantes, em Portugal, foram precedidas de documentos de análise, evidenciando o conhecimento existente que fundamenta as decisões, estabelecendo resultados esperados, de forma objetiva e quantificada, estabelecendo a forma a adotar para avaliar o impacto dessa reforma ou ainda beneficiaram de debate técnico e público alargado. A ausência destas linhas de referência compromete severamente a monitorização e avaliação prospetiva e enfraquece a implementação. A este respeito, notou-se no estudo de caso revelado neste capítulo e como afirmaram em entrevista Mendão e Silvério (2014) *“(...) que apenas muito recentemente foram enveredados estudos com populações mais vulneráveis e ações direcionadas a estas”*,

Confirmando assim este constrangimento também no combate ao HIV/AIDS em Portugal.

Também a tradição normativa em Portugal revela que a legislação é mais vista como um instrumento de lançamento de um processo de reforma, do que como um instrumento facilitador e de reforço de experiências de sucesso no terreno (Amendoeiro, 2009), evidenciando um constrangimento também nas políticas de combate ao HIV. Nota-se isto claramente na legislação que cria o Fórum Nacional da Sociedade Civil, que em o seu texto legislativo atribui-lhe carácter consultivo, mas no qual o PNA, que deveria consultar as organizações da sociedade civil no Fórum, não participa nas reuniões (FNSC, 2008; 2009; 2010).

Outra característica comum nos processos de implementação de política públicas em Portugal, e bastante manifesto nas políticas de combate ao HIV/AIDS no período em análise, é o que Amendoeiro (2009) chama “administração comando e controlo”, onde o papel limitado dos sistemas de informação na gestão e política tornam a implementação de políticas um exercício arriscado. Isto pode ser notado nas estratégias de intervenção de prevenção que foram implementadas nas campanhas entre 2001 e 2009. Apesar de Portugal contar com uma vigilância epidemiológica ampla e que caracteriza bem o perfil da epidemia enquanto concentrada, os esforços de prevenção não respeitam isto. Tal qual nas palavras dos informantes privilegiados obtidas em entrevista para esta tese “*Em Portugal as estratégias de prevenção passaram muito ao lado*” (Barros, 2014), “*(...) até por que quem fazia campanhas efetivas e para populações mais vulneráveis, era a ABRAÇO*” (Medão e Silvério, 2014).

No âmbito da criação das condições que permitem uma participação ativa do cidadão no sistema, no qual as instituições estabelecem e desempenham políticas para e com os cidadãos, de forma a garantir e manter a sua confiança e envolvimento, a gestão da informação é crucial. No entanto, “a cultura herdada leva a que na administração pública tal como em muitas entidades privadas, o reflexo imediato, a atitude natural, perante qualquer informação, consiste em considerá-la confidencial. E a sua divulgação, em princípio, só parece ser decidida quando produz resultados benéficos para o seu “proprietário” (Lopes, 2000:148). Este aspeto é bastante visível na leitura das atas do FNSC, onde se verifica o carácter centralizador na forma de criar políticas públicas de resposta ao HIV/AIDS:

O programa é definido pelo coordenador, posteriormente enviado à Ministra e levado à consulta da sociedade civil e especialistas. Quem aprova é o Ministério da Saúde. No programa que está em vigor não existia ainda o conselho nacional. (FNSC, 2010, Ata nº 7)

Além disto, por diversas vezes foi demonstrado ao longo de estudo de caso que o PNA português tomou decisões pouco eficazes/eficientes, muitas vezes contra as demandas das organizações da sociedade civil, como foi o caso da notificação obrigatória para o

HIV/AIDS, em 2005 (Meliço-Silvestre, 2014) e as alterações no ADIS/SIDA, em 2008 (Barros, 2014).

Como apontado por Amendoeiro (2009), e também revelado neste estudo de caso, a descontinuidade política traz constrangimentos para a implementação de políticas públicas. Nos últimos 20 anos observaram-se descontinuidades severas nas políticas de saúde. Estas não se limitam a mudanças naturais, de ciclos políticos, mas também são vistas, frequentemente, em mudanças ministeriais dentro do mesmo governo. Estas descontinuidades têm sido um fator predominante na dificuldade de implementar reformas da saúde em Portugal, e também, na perspectiva de informantes privilegiados *“trazem constrangimentos nas prioridades definidas, no desconhecimento da realidade de alguns ocupantes do cargo de diretor do PNA”* (Mendão e Silvério, 2014).

De facto, até as organizações geralmente planeiam a sua intervenção em função dos ciclos políticos e por diversas vezes apresentam suas demandas diretamente ao Ministério da Saúde, pois consideram não ser ouvidas pelos gestores do PNA (FNESC, 2010).

Nota-se, a partir da descrição acima realizada, que na implementação de políticas públicas de combate ao HIV/AIDS em Portugal há um padrão de conflitualidade do lado da sociedade civil que articula com um Estado decisor, com excessiva função de comando. Esta relação pouco fortuita entre o PNA português e os grupos de interesse poderia ser menos conflituosa se o Estado português desse maior atenção às Metas da UNGASS que propõem uma ação concertada entre os esforços públicos e áqueles das organizações da sociedade civil.

CAPÍTULO VI – ANÁLISE COMPARATIVA DOS ESTUDOS DE CASO

Conforme já referido, a análise comparativa de políticas públicas é útil tanto retrospectiva, quanto prospectivamente, para entender fracassos e sucessos políticos do passado, contribuindo para o planejamento e para a implementação de políticas futuras (Walt *et al*, 2007). E, como aponta Frey (2000), a pesquisa comparativa não pode deixar de se concentrar de forma mais intensa na investigação da vida interna dos processos político-administrativos. Com este direcionamento processual, tornam-se mais importantes os arranjos institucionais, as atitudes e objetivos dos atores políticos, os instrumentos de ação e as estratégias políticas. Ressalta-se, assim, que apesar de ser apontada como uma ferramenta útil na avaliação de políticas públicas, a presente análise comparativa das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS implementadas no Brasil e em Portugal, entre 2001 e 2010, não pretende avaliar estas políticas públicas, mas sim explicar, comparativamente, como foram implementadas.

Deste modo, o capítulo VI da presente tese apresenta as explicações encontradas para as hipóteses anteriormente levantadas numa tentativa de responder à questão norteadora: “-Como é que, em países sujeitos à mesma pressão internacional, possuidores de Programas Nacionais de combate do HIV/AIDS e a grupos de interesse institucionalmente constituídos, apresentam tendências tão distintas na taxa estimada de prevalência do HIV na população adulta?”.

Sendo assim, este capítulo inicia-se por apresentar as principais conclusões acerca das taxas estimadas de prevalência do HIV na população adulta no Brasil e em Portugal, disponibilizadas pelo UNAIDS, referente ao período entre 2001 e 2011. A seguir são reforçadas as principais diferenças encontradas nos Relatórios Nacionais de Vigilância Epidemiológica do HIV/AIDS do Brasil e de Portugal, entre 2001 e 2011, procurando explicar a razão destas diferenças, em função das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS que foram implementadas em ambos os países. Além disso, lembrando que para Oliveira (2006:274), é a etapa de implementação “(...) que vai levar aos resultados finais das políticas, programas ou projetos”, o presente capítulo objetiva também analisar as principais diferenças percebidas na revisão documental, legislativa e bibliográfica na implementação, pelos respectivos PNA, das políticas públicas ao HIV/AIDS no Brasil e em Portugal, entre 2001 e 2010. Para tanto consideram-se os aspetos revelados nos estudos de caso descritos nos dois capítulos anteriores, com ênfase na opinião dos informantes privilegiados abordados. Além disto, apresentar-se-ão as principais diferenças percebidas em relação à atuação de cada uma destas instituições nacionais responsáveis pela implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, percebendo, primeiramente como é que os princípios

existentes nos sistemas nacionais de saúde são reproduzidos, ou não, na fase de implementação das respectivas políticas públicas, entre 2001 e 2010. Posteriormente, apresentar-se-ão as considerações que distinguem a atuação das instituições brasileiras e portuguesas da sociedade civil no processo de elaboração de políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, de que forma se relacionam com o PNA de cada país e como é que estes últimos lidam com esta pressão interna, exercida pelas respectivas organizações da sociedade civil. Por fim, este capítulo revela e explica as diferenças em relação a percepção de cada PNA sobre a influência internacional exercida pelas Metas da UNGASS na implementação das respectivas políticas públicas de combate ao HIV/AIDS no referido período.

6.1 As principais considerações acerca das taxas estimadas de prevalência do HIV/AIDS no Brasil e em Portugal (2001 e 2011) disponibilizadas pelo UNAIDS

O UNAIDS (2012), enquanto Programa das Nações Unidas, que engloba várias Agências Internacionais, é responsável por, anualmente, revelar o desenvolvimento da epidemia em todo o mundo, através do “Global Day Report” – Relatório Global da epidemia do HIV/AIDS, disponibilizado sempre em 1 de dezembro. Entretanto, em 2012, este Relatório apresentou as taxas estimadas de prevalência do HIV na população adulta em dois períodos distintos: 2001 e 2011. Considerando que as Metas da UNGASS tinham como prazo o ano 2010, os resultados das políticas públicas desenvolvidos até este ano perceber-se-ão no ano seguinte. Diante disto, os períodos apresentados por este relatório vão ao encontro do *timing* proposto para análise na presente tese, ou seja, o período compreendido entre 2001 e 2010.

O UNAIDS, na definição da prevalência estimada da taxa do HIV na população adulta em todos os países-membros da ONU, utiliza o mesmo *software*, a partir dos mesmos critérios, para todos os países. Entretanto, existem muitas críticas acerca deste *software*, chamado *Spectrum*. Segundo informantes privilegiados abordados para a construção desta tese, o *Spectrum* não é o mais fidedigno para esta avaliação (Barros, 2014; Chequer, 2014; Simão, 2014;). Como aponta Chequer (2014), em entrevista para esta tese, “...no próprio UNAIDS não há consenso na efetividade deste software. Você nem queira saber quantas e quantas discussões fizemos a este respeito no UNAIDS”.

Barros (2014), também em entrevista para a tese, indica que

O Spectrum é um software criado, e releva muito bem a prevalência estimada, para epidemias generalizadas, como é o caso dos países africanos. No caso das epidemias concentradas, como é o caso brasileiro e português, ele deixa muito a desejar.

Apesar destes eventuais constrangimentos percebidos na origem dos dados disponibilizados pelo UNAIDS acerca da taxa estimada de prevalência do HIV na população adulta, esta é a única base de dados comum encontrada para a realização da presente tese que revela, a partir dos mesmos critérios, dados acerca de ambos os países, possibilitando, assim, uma comparação.

Assim, de acordo com os dados disponibilizados pelo UNAIDS (2012), acerca da taxa prevalência estimada do HIV na população adulta no Brasil e em Portugal, entre 2001 e 2011, observa-se o desenvolvimento desta taxa estimada em ambos os países: no Brasil a taxa estimada passa de 0,4% no ano 2001 (onde, no intervalo de confiança, a estimativa mais baixa e a superior também se fixam em 0,4%) para 0,3% no ano 2011 (onde, no intervalo de confiança, a estimativa mais baixa é de 0,3% e a estimativa superior de 0,4%); e em Portugal a taxa estimada passa de 0,6% em 2001 (onde, no intervalo de confiança, a estimativa mais baixa é de 0,4% e a estimativa superior de 0,8%) para 0,7% em 2011 (onde, no intervalo de confiança, a estimativa mais baixa é de 0,6% e a superior de 1%). Entretanto, a variação em 0,1 ponto percentual desta taxa estimada ao longo de uma década, “estatisticamente não é significativa e revela a estabilização da epidemia em ambos os países” (Simão, 2014). Se considerarmos isto, tanto o Brasil como Portugal têm a epidemia estabilizada ao longo da década em análise, tal qual como ocorreu com a taxa estimada no mundo inteiro, que ficou estável, entre 2001 e 2011, em 0,8% (UNAIDS, 2012).

Se considerarmos o cenário mais otimista para o Brasil e Portugal, ou seja, apenas a taxa estimada de prevalência do HIV mais baixa, esta diminuiu em 0,1 ponto percentual no Brasil (0,4% em 2001 para 0,3% em 2011) e subiu em Portugal, onde aumentariam 0,2 pontos percentuais (pois passa de 0,4% em 2001 e para 0,6% em 2011). Em contrapartida, se considerarmos o pior cenário, ou seja, as taxas mais altas previstas nos intervalos de confiança, no Brasil manter-se-ia em 0,4% e em Portugal passaria de 0,8%, para 1%.

Nota-se assim que, mesmo considerando a diferença de 0,1 ponto percentual (ou mesmo 0,2) como estatisticamente insignificante, a análise dos diferentes cenários (consideradas as taxas previstas de maior, menor e média estimativa da prevalência do HIV na população adulta) demonstra que em Portugal a tendência da taxa estimada da prevalência do HIV na população adulta tem sido de aumento, enquanto no Brasil, no pior dos cenários esta tendência é de estabilização, e nos demais cenários é de diminuição da taxa estimada de prevalência do HIV na população adulta no período analisado. Assim, apesar das limitações acerca do *software* utilizado na elaboração destas taxas estimadas de prevalência, que não revelam uma estimativa fidedigna do número real de pessoas adultas com HIV no Brasil e em Portugal (Barros, 2014; Chequer, 2014; Simão, 2014), os dados expressam claramente tendências distintas na prevalência do HIV/AIDS em ambos os

países. Ou seja, uma tendência de aumento em Portugal e de estabilização e queda no Brasil.

Visto que, como lembra Simão (2014), “(...) *nem Brasil, nem Portugal utilizam o Spectrum para calcular a prevalência*”, nesta tese, foi necessário então, pesquisar outras fontes de dados comuns que permitissem uma análise comparativa e efetiva. Assim, e considerando esta diferença na obtenção deste dado por parte de cada PNA, optou-se por perceber as diferenças nos dados epidemiológicos revelados pelos relatórios de vigilância epidemiológica de cada país. Em cada um dos relatórios procuraram-se dados comparáveis acerca dos casos da AIDS, tal como se fez no capítulo III. A este respeito, serão abordadas as principais diferenças entre o Brasil e Portugal.

6.2 As diferenças percebidas nos relatórios de vigilância epidemiológica do Brasil e de Portugal

Os relatórios de vigilância epidemiológica para o HIV/AIDS servem para que cada país reconheça o perfil da sua epidemia e, em função destes dados, possa elaborar e implementar políticas públicas efetivas e eficientes no seu combate. A importância destes, bem como da manutenção e aprimoramento dos sistemas de vigilância nos países-membros da ONU, é reforçada pelas Metas da UNGASS (UNAIDS, 2001).

Entretanto, como revelado no capítulo III desta tese, Brasil e Portugal apresentam diferentes dados nos respectivos relatórios anuais de vigilância epidemiológica para o HIV/AIDS. Recordar-se que em Portugal, desde 2000 (mas com legislação específica aprovada apenas em 2005) os relatórios apontam o número e perfil (faixa etária, sexo, local de residência, meio de transmissão) das pessoas que são apenas portadores de HIV (chamados PA – Portadores Assintomáticos), daqueles que desenvolvem os primeiros sintomas de AIDS (chamados CRS – Complexo Relacionado com AIDS) e, por fim, dos que têm diagnóstico de AIDS. Enquanto no Brasil, até 2011, eram apenas contabilizados dados acerca dos casos de AIDS, enquanto doença com notificação obrigatório desde o final da década de 1990.

Esta diferença permite, em teoria, uma melhor apreciação do perfil da epidemia em Portugal do que no Brasil, pois são revelados dados acerca do desenvolvimento da doença desde o seu primeiro estágio. Permite ainda perceber como a doença se desenvolve em populações específicas, demonstrando aquelas que demandam maiores cuidados e assistência. Ou seja, quando se percebe que os PA de um determinado grupo de transmissão/exposição, ou de uma determinada zona do país, desenvolvem mais rapidamente os primeiros sintomas da doença do que outros, permite-se avaliar a

intervenção junto a estes, objetivando, entre outros, a manutenção da doença nos seus estágios iniciais. Pode-se, a partir deste dado, avaliar como é que estão orientadas as ações para estas populações, permitindo assim, implementar melhores intervenções.

Diante destas diferenças a presente tese desenvolveu comparações epidemiológicas apenas acerca dos casos de AIDS em ambos os países, respeitando os critérios de definição de casos de cada um deles. E a partir da análise comparativa realizada no capítulo III nota-se que, em relação aos casos de AIDS, o desenvolvimento da epidemia é muito semelhante em ambos os países, entre 2001 e 2011. Assim, em ambos os países tem diminuído consideravelmente o número de novos casos de AIDS; as três principais categorias de exposição/transmissão são as mesmas, nomeadamente heterossexuais, homo/bissexuais e utilizadores de drogas injetáveis/toxicodependentes, sendo que, em ambos os países, a proporção desta última categoria diminuiu significativamente. Observa-se ainda, quer em Portugal, quer no Brasil, ao longo dos anos em estudo, uma taxa de exposição/transmissão vertical/mãe para filho próxima de zero; e uma proporção de homens em relação às mulheres com AIDS, em 2011, muito semelhante, ou seja, tem-se percebido um processo de feminização dos casos de AIDS.

A principal diferença notada na comparação realizada a partir dos relatórios de vigilância epidemiológica está no desenvolvimento do número de óbitos por AIDS entre o Brasil e Portugal. Notava-se, até 2005, uma descida deste número em ambos os países, mas que no Brasil, a partir de 2006 revelou um acentuado aumento. De acordo com Simão (2014), “(...) isto deve-se aos novos critérios de diagnóstico de AIDS e conseqüentemente dos critérios de óbito para AIDS”. Em 2005 foram alterados os critérios de diagnóstico para os casos de AIDS e neste foram incluídos, como critérios para definição de óbitos por AIDS, a ocorrência de alguma das doenças oportunistas, que no caso português caracterizavam os CRS, e no caso brasileiro passaram a ser caracterizadas como óbito por AIDS. Ou seja, a partir de 2006, com os novos critérios para definição de óbitos por AIDS, que incluem a existências de outras doenças características desta primeira, fizeram com que as notificações de óbitos por AIDS aumentassem e, deste modo, tendem a continuar a aumentar. Sendo assim, e considerando que os sistemas de notificação têm atrasos, aquando da revisão dos dados e das novas publicações de óbitos por AIDS, a cada ano, vão surgir novos óbitos que em outros anos não eram considerados de AIDS.

Outro fator importante para este aumento do número de óbitos por AIDS no Brasil, percebido a partir de 2006, é que, como consideram Chequer (2014), Parker (2014) e Simão (2014), muitos destes óbitos registados na década compreendida entre 2001 e 2011, e sobretudo a partir de 2006 (ano em que o acesso universal e gratuito aos medicamentos para a AIDS é institucionalizado nas políticas públicas de combate ao HIV/AIDS no Brasil

completava 20 anos) são de pessoas que iniciaram o tratamento com medicamentos ARV na década de 1990. E como recordam, apesar destes medicamentos contribuírem para aumentar a sobrevivência dos pacientes com AIDS, estes ainda têm menor perspectiva de anos de vida do que a população em geral. Além do que, a terapêutica utilizada atualmente pode não ser efetiva nos casos que foram inicialmente tratados com medicamentos Azidotimidina (AZT, antigo medicamento ARV), pelo que seja natural que, estes indivíduos, infetados desde a década de 1990, comecem a partir de meados da década passada a morrer.

Importa reforçar que, apesar de poderem ser considerados menos abrangentes os relatórios de vigilância epidemiológica para o HIV/AIDS do Brasil do que os de Portugal, foi sempre com base nestes dados que foram definidas as populações prioritárias para o desenvolvimento de estratégias de combate ao HIV/AIDS no Brasil. Além disso, os dados divulgados pelo PNA brasileiro, através dos Boletins Epidemiológicos, não eram apenas utilizados pelo PNA, mas também pelas ONG/AIDS, caracterizando a necessidade de intervenções junto das populações que mais eram notificadas com a AIDS. Entretanto, em Portugal, apesar de os relatórios revelados pelo PNA nacional apresentarem um perfil da epidemia mais abrangente, o estudo de caso apresentado no capítulo anterior demonstrou que no início dos anos 2000 as estratégias de prevenção eram dirigidas basicamente à população em geral, numa perspetiva heterossexualista de combate à epidemia. Além disso, como apontam Mendão e Silvério (2014), em entrevista para a esta tese, acerca da utilização pelos grupos de interesse institucionalmente constituídos dos dados epidemiológicos disponibilizados pelo PNA português “... as ONG em Portugal não têm o hábito de referenciar as suas ações em dados epidemiológicos, não fazem o uso destes, não os analisam”.

Diferente do que acontece no Brasil, em que os dados fundamentam as intervenções das ONG/AIDS, ou seja, se a epidemia se concentra em algumas populações mais vulneráveis, e esta informação é disponibilizada pelo próprio PNA, utiliza-se este argumento para fazer pressão acerca de suas demandas.

Apesar de os relatórios epidemiológicos de ambos os países caracterizarem a epidemia como concentrada, apenas muito recentemente o PNA português definiu estratégias dedicadas às populações mais vulneráveis, ao contrário do PNA brasileiro, que desde 1989 tem projetos específicos para a prevenção junto destas populações. Este aspecto será aprofundado mais adiante neste capítulo, aquando da abordagem às diferentes estratégias utilizadas pelos PNA brasileiro e português no período compreendido entre 2001 e 2010.

Em suma, e como apresentado no capítulo III, os dados acerca da evolução demográfica em cada um dos países, do número de novos casos e óbitos de AIDS, e das estimativas da UNAIDS para o Brasil e Portugal, suportam e justificam as distintas tendências na taxa estimada da prevalência do HIV/AIDS na população adulta nestes países, que tende

a aumentar em Portugal e a diminuir no Brasil, no período entre 2001 e 2011. Ou seja, os dados revelam que em Portugal, para o período em análise, apesar de haver uma diminuição do número de novos casos de AIDS diagnosticados e notificados a cada ano, a população adulta e o número de óbitos notificados anualmente também diminuiu, e o número de pessoas a viverem com AIDS aumentou, o que faz com que a taxa estimada da prevalência do HIV/AIDS na população adulta conseqüentemente aumente. Já no Brasil, entre 2001 e 2011, além de haver uma diminuição no número de novos casos de AIDS diagnosticados e notificados anualmente, nota-se um aumento no número de óbitos por AIDS e no número da população adulta, revelando assim, uma diminuição na taxa estimada da prevalência do HIV na população adulta.

Compreendem-se estas tendências distintas na taxa estimada de prevalência do HIV na população adulta, na medida em que a prevalência de uma doença num determinado país, como explicado anteriormente, é o resultado do número total de casos da doença num determinado ano, dividido pelo número da população do país no referido ano. Isto significa que, continuando a haver novos casos, aumentando o período de sobrevivência dos que já estão infectados e diminuindo a população adulta do país, a prevalência aumentará. Bem como, no caso oposto, onde havendo um menor número de novos casos numa população em crescimento e aumentando o número de óbitos, conseqüentemente, a prevalência diminui. Assim, não se pode afirmar que, simplesmente, por apresentar um aumento na taxa estimada da prevalência do HIV na população adulta um país tenha melhores políticas públicas de combate ao HIV do que outro, onde a prevalência diminui.

O que os dados revelados pelo UNAIDS, reforçados pela análise dos relatórios anuais de vigilância epidemiológica de cada país, revelam é que as tendências nas taxas de prevalência do HIV/AIDS são distintas. E, deste modo, lembrando que é a etapa de implementação "(...) que vai levar aos resultados finais das políticas, programas ou projetos" (Oliveira, 2006:274), sugere-se que a forma como os Programas Nacionais de enfrentamento ao HIV/AIDS de cada país em análise implementam estratégias de combate ao HIV/AIDS conjugam a pressão internacional, proveniente das Metas da UNGASS, e a pressão interna, oriunda dos grupos de interesse institucionalmente constituídos da sociedade civil, de modo distinto, contribuindo para que Brasil e Portugal tenham também distintos resultados nestas políticas públicas e, conseqüentemente, nas tendências das taxas estimadas de prevalência do HIV na população adulta, no período em análise.

Considerando que, como propõem as teorias neoinstitucionalistas, os valores que são institucionalizados numa política pública se refletem nas estratégias de implementação desta, a realização dos estudos de caso descritos no capítulo IV e V desta tese revelam que Brasil e Portugal se distinguem no processo de institucionalização dos pressupostos

propostos revelados nas respetivas políticas nacionais de saúde, como se percebe na comparação das estratégias implementadas pelo PNA brasileiro e pelo português, entre 2001 e 2010, sobretudo concentrando-se a análise na comparação entre as campanhas realizadas e na atenção dada às populações mais vulneráveis. Além disso, é importante perceber como se dá a relação entre cada PNA analisado, entre 2001 e 2010, com as ONG/AIDS (enquanto grupos de interesse institucionalmente constituídos) e com as Mestras da UNGASS, pois, como propõe a extensa bibliografia sobre o tema, as instituições da sociedade civil e as instâncias internacionais têm um papel decisivo no sucesso mundial do combate ao HIV/AIDS.

6.3 Estratégias de prevenção implementadas pelas políticas públicas de combate ao HIV/AIDS no Brasil e em Portugal, entre 2001 e 2010

Recorde-se que, como apontado anteriormente, o UNAIDS recomenda, mesmo antes do estabelecimento das Metas da UNGASS em 2001 e ao longo desta década, que os países concentrem esforços para perceber o perfil da epidemia e, conseqüentemente, destinem estratégias de prevenção de acordo com este perfil. Desde então, o UNAIDS reforça a prevenção como estratégia normativa para o sucesso do combate a epidemia. Além disso, também como apontado anteriormente, e reforçado por extensa bibliografia, até ao ano 2001, tanto no Brasil, quanto em Portugal, as ONG/AIDS são responsáveis por influenciar as respostas públicas no combate à epidemia, direcionando esforços junto dos mais vulneráveis. Assim, e considerando que Brasil e Portugal têm, em 2001, a epidemia concentrada, de acordo com os critérios estabelecidos internacionalmente e como demonstrado no capítulo III, bem como grupos de interesse constitucionalmente constituídos, tais como as ONG/AIDS ABIA (no Brasil), ABRAÇO e GAT (em Portugal), entre outras, seria esperado a realização de estratégias semelhantes em campanhas de prevenção e projetos com as populações mais vulneráveis.

Ou seja, se fossem consideradas as orientações internacionais e a atuação dos grupos de interesse institucionalizados junto das populações mais vulneráveis, como norteadoras da intervenção, ambos os PNA deveriam, ao longo da década, realizar campanhas de prevenção amplas. Estas campanhas deveriam respeitar o facto de a epidemia se concentrar entre HSH, UDI e trabalhadores do sexo, ou seja, não veiculando apenas campanhas que reforçassem o uso do preservativo nas relações heterossexuais, mas também naquelas entre parceiros do mesmo sexo, entre profissionais do sexo e suas clientes, e acerca da importância de não se compartilhar material de injeção.

Entretanto, como foi exposto nos capítulos IV e V desta tese, as campanhas que foram veiculadas entre 2001 e 2010 tiveram características distintas nos países, bem como as estratégias junto das populações mais vulneráveis. Assim, serão expostas a seguir as principais diferenças percebidas em relação a estes dois aspetos.

6.3.1 As campanhas

Apesar de poderem ser apontadas algumas semelhanças nas campanhas que o PNA do Brasil e de Portugal veicularam entre 2001 e 2010, nos respetivos países, tais como a promoção da necessidade do diagnóstico para o HIV junto a população em geral e a comemoração do dia 1 de dezembro, Dia Mundial da luta contra a AIDS, existem muitas diferenças percebidas nas mensagens das campanhas veiculadas.

Como apontam informantes privilegiados consultados e como demonstram as campanhas visualizadas durante a elaboração desta tese, enquanto no Brasil as campanhas sempre respeitaram que a epidemia, apesar de poder ser transmitida a qualquer pessoa, estava concentrada em grupos mais vulneráveis, em Portugal estas eram destinadas ao público heterossexual. No Brasil foram criadas e veiculadas campanhas específicas para HSH, trabalhadoras do sexo e travestis. Em Portugal, estas campanhas apenas transmitiam mensagens heterossexualistas, sendo que apenas no final da década, em 2010, o PNA português veiculou uma campanha para uma das populações mais vulneráveis, neste caso direcionada a HSH.

Assim, no Brasil, as mensagens veiculadas pelo PNA, mesmo nas campanhas de carnaval e de dezembro (que eram generalistas, amplas e com o objetivo de chegar às mais diversas populações), sempre utilizaram o modo imperativo para alertar a necessidade do uso do preservativo em qualquer relação sexual, sem privilegiar as heterossexuais (exemplo disto são mensagens como “Use o preservativo em qualquer relação”, “Não importa com quem você transe. Importa que você use o preservativo”, entre outras que foram utilizadas ao longo da década em análise nas campanhas brasileiras e encontram-se disponíveis no site do PNA brasileiro: www.aids.gov.br).

Em Portugal as campanhas até 2009 apenas alertavam para a necessidade do uso do preservativo nas relações heterossexuais. Em relação às campanhas do Dia de Mundial de luta contra a AIDS os países também elaboraram estratégias distintas.

Os informantes privilegiados abordados durante a investigação desta tese, em entrevista, também consideram estas diferenças significativas e apontam outras. Enquanto no Brasil “(...) nunca fundamentamos nossas campanhas de 1 de dezembro nas sugestões do UNAIDS, pois não condiziam com nossa realidade” (Chequer, 2014), pelo que estas campanhas alertavam para a importância da prevenção, do combate ao estigma e

preconceito, em Portugal estas eram fundamentadas nas propostas do UNAIDS (Lopes, 2002; Mendão e Silvério, 2014; Silvestre, 2014;), e nem sempre acompanhadas por campanhas veiculadas na televisão: “(...) *por vezes apenas referenciadas em outdoors nas principais cidades de Portugal, como Lisboa e Porto*” (Mendão e Silvério, 2014).

As campanhas não diferem apenas nos conteúdos das mensagens, num caso alertando para a prevenção em qualquer relação sexual, com atenção às populações mais vulneráveis, e no outro caso nas relações heterossexuais. De facto, as campanhas diferem-se também na frequência e na amplitude com que são veiculadas. Enquanto no Brasil, anualmente, no período em análise, foram transmitidas durante a programação diária, dos canais abertos, campanhas mensais no período de carnaval e das comemorações do Dia Mundial de luta contra a AIDS (1 de dezembro), sempre com o objetivo da prevenção e respeitando o debate público atual e o perfil da epidemia. Em Portugal as campanhas foram pontuais, transmitidas “(...) *em horários que ninguém vê*” (Mendão e Silvério, 2014), não havendo campanhas em datas festivas, como o carnaval, que não tem a mesma relevância em todo o território português como o tem no Brasil, mas mesmo assim é bastante comemorado em algumas zonas de Portugal. Negligenciando estas zonas, em alguns anos apenas foram transmitidas campanhas em Portugal em menção ao dia 1 de dezembro.

Também o modo com são construídas as campanhas é distinto. Enquanto no Brasil as campanhas passam por grupos focais, participação de membros das ONG/AIDS e das populações mais vulneráveis, na definição dos conteúdos e mensagens, visando um impacto significativo das mesmas, em Portugal, segundo os informantes privilegiados, este processo sempre foi muito difícil. Neste sentido, a grande instituição responsável pelas campanhas efetivas de prevenção foi a ABRAÇO, até 2005. Segundo Mendão e Silvério (2014), em entrevista para esta tese, esta instituição

(...) até 2005, era a única instituição que tomava posições, com algum grau de sucesso e com muita visibilidade. Mas desde então isto desapareceu, sendo que o GAT a substitui na área do tratamento, mas sem tanto sucesso em termos mediáticos.

Vale reforçar ainda outra diferença. No Brasil, o grande responsável pelas campanhas nacionais de prevenção ao HIV/AIDS sempre foi o PNA brasileiro, tanto naquelas veiculadas para a prevenção no carnaval, quanto às destinadas às populações específicas. Em Portugal o PNA não assumiu esta responsabilidade. Segundo os informantes privilegiados, estas campanhas, com impacto e destinadas às populações mais vulneráveis, foram da responsabilidade da ABRAÇO, que

(...) cumpriu um papel muito bom no sentido de veicular campanhas boas. Tão bom ao ponto de, muitas vezes, as pessoas confundirem e associarem a ABRAÇO como sendo a CNLCS - Comissão de Luta Contra a SIDA em Portugal, quando não era. [As campanhas da ABRAÇO] foram as únicas campanhas que tentaram romper com o conservadorismo, o moralismo, pois

foi a única a fazer campanha para a prevenção junto dos toxicodependentes, a única a fazer uma campanha para HSH, com Batman e Robin, de modo muito discreto. Eram campanhas voltadas para estas populações específicas. (Mendão e Silvério, 2014)

6.3.2 A atenção às populações mais vulneráveis

Como demonstrado nos capítulos IV e V, a prioridade dada à intervenção do PNA de cada país junto das populações mais vulneráveis acontece de modo distinto no Brasil e em Portugal, entre 2001 e 2010.

Enquanto no Brasil foram desenvolvidas estratégias e projetos de âmbito nacional, através de parcerias entre as organizações de grupos de interesse mais vulneráveis e o PNA brasileiro, para combater o avanço da epidemia junto destas populações no Brasil (HSH, trabalhadoras do sexo, transgéneros e utilizadores de drogas injetáveis). Em Portugal, durante esta década em análise, as estratégias implementadas pelo PNA português foram direcionadas sobretudo aos utilizadores de drogas injetáveis. Como recordam, em entrevista para esta tese, Mendão e Silvério (2014)

A única população acrescida de vulnerabilidade, com maior potencial de exposição ao HIV, que teve prioridade e aplicação de recursos, legislação, desde o mais alto nível governamental, especificamente aplicados, foi a população de utilizadores de drogas injetáveis, foram os programas na área das drogas, percebendo-se efeitos positivos.

Recorda-se que no Brasil, mesmo antes do período em análise, o PNA desenvolvia ações de prevenção através de projetos específicos junto das populações mais vulneráveis. Ao longo da década em estudo, de acordo com o processo de descentralização enveredado pelo PNA brasileiro, em consonância com os pressupostos do SUS e sob pressão dos grupos de interesse institucionalmente constituídos, foram financiados quatro projetos estratégicos destinados às populações vulneráveis em parceria com os principais grupos de interesse institucionalmente constituídos do país. Os projetos foram direcionados aos HSH (Projeto Somos, em parceria com ABGLT), trabalhadores do sexo (Projeto Esquina da Noite, em parceria com a Rede Nacional de Prostitutas), transgéneros (travestis e transsexuais - Projeto TULIPA, em parceria com a ANTRA – Associação Nacional das Travestis e Transexuais) e utilizadores de drogas injetáveis (RODA Brasil, em parceria com a Rede Brasileira de Redução de Danos). Estes projetos, ao longo do ano 2000, contribuíram para o aumento significativo do número de ONG/AIDS em todo o país, mantendo três linhas orientadoras, pois promoviam a prevenção, através de estratégias de educação entre pares, bem como o desenvolvimento institucional e a criação de climas e ambientes favoráveis (*advocacy*). Estas últimas linhas orientadoras assumem especial relevo pois são importantes como meio de diminuir o processo de resistência que estas populações encontravam,

inúmeras vezes, nas gestões estadual e municipal das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS. Estes gestores, muitas vezes, eram resistentes às intervenções junto destas populações marginalizadas. Isto por que a descentralização dos recursos por parte do PNA às esferas estaduais e municipais revelava que as populações mais vulneráveis precisavam se capacitar para contornar este constrangimento que, antes, através dos repasses diretamente do PNA, não existia. Nota-se assim que, além de fomentar a participação social das populações mais vulneráveis e promover a prevenção do HIV/AIDS entre estas, o PNA brasileiro ao longo da década atuou de modo colaborativo, tentando diminuir as resistências e buscando consenso na implementação de políticas públicas de combate ao HIV/AIDS que sedimentassem os pressupostos do SUS (a universalidade, a equidade e a integralidade, participação social e descentralização).

Entretanto, em Portugal, em relação à atenção dada aos UDI, e como revelado anteriormente na presente tese, o resultado positivo encontrado na prevenção ao HIV/AIDS junto desta população foi em funções de três fatores determinantes, atribuídos sobretudo na inserção destas estratégias junto das políticas públicas nacionais de drogas: i) a implementação, desde a década de 1990, de uma política de redução de danos, através do programa troca de seringas (Barros, 2014; Diniz, 2014; Galvão, 2014; Meliço-Silvestre, 2014; Mendão e Silvério, 2014) que durante a década compreendida entre 2001 e 2010 foi aprimorada, por intervenção das ONG/AIDS, com o incremento dos Kit; ii) descriminalização do uso das drogas (Barros, 2014; Diniz, 2014; Mendão e Silvério, 2014), que permitiu que os UDI acessem aos programas de trocas de seringa sem o medo de serem presos; e iii) a implementação dos programas de substituição opiácea (Barros, 2014; Mendão e Silvério, 2014), que fez com que menos pessoas continuassem a utilizar drogas injetáveis, diminuindo assim o risco destes se infetarem com o HIV/AIDS. Mas vale recordar, também, que muitas destas estratégias não foram necessariamente conquistas do PNA português na década em análise. Apesar de beneficiar diretamente os resultados das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS em Portugal, muitas destas estratégias não são exclusivamente responsabilidade do PNA português. Em análise a este processo de atenção ao UDI, realizado no capítulo V, revelou-se que o sucesso com estes se deu mais pela apreciação acerca do problema da droga, com estratégias específicas das políticas públicas de drogas e não de HIV/AIDS, como é exemplo a descriminalização do uso das drogas e os programas de substituição opiácea. Além disso, o sucesso nesta intervenção não é atribuído ao apoio ou envolvimento dos grupos de interesse institucionalmente constituídos, mas sim a estratégias políticas (Mendão e Silvério, 2014).

Assim, em análise às estratégias de campanhas e atenção às populações mais vulneráveis implementadas pelo PNA brasileiro e português entre 2001 e 2010, pode-se

afirmar que, por um lado, no Brasil, a intervenção das ONG/AIDS é considerada fundamental nas ações de prevenção, sobretudo com as populações mais vulneráveis, e é complementada com campanhas nacionais de prevenção que, além de respeitarem o perfil da epidemia, transmitem mensagens imperativas acerca da necessidade do uso do preservativo em qualquer tipo de relações sexuais. Por outro lado, em Portugal, as campanhas e estratégias nacionais públicas direcionadas às populações mais vulneráveis são implementadas e da responsabilidade direta do PNA, com pouco ou inexpressivo envolvimento das instituições de grupos de interesse, sendo veiculadas campanhas heterossexualistas e estratégias de prevenção e redução de danos sempre centralizadas no PNA português. Nota-se, assim, que como foi exposto nos capítulos IV e V, e reforçado até ao momento neste capítulo, o PNA brasileiro e o PNA português coordenaram estratégias distintas de prevenção, através das campanhas produzidas e veiculadas, bem como estratégias distintas direcionadas às populações mais vulneráveis. Entretanto, estas diferenças nas estratégias que foram assumidas pelo PNA do Brasil e de Portugal, também podem ser explicadas pelo distinto envolvimento das ONG/AIDS na implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS nestes países, entre 2001 e 2010, como notar-se-á a seguir.

Estas estratégias distintas de prevenção, tanto nas campanhas quanto na atenção às populações mais vulneráveis, contribuem para as tendências distintas de prevalência do HIV/AIDS na população adulta do Brasil e de Portugal. Quando as campanhas respeitam as especificidades das populações mais vulneráveis, sem negligenciar que as relações heterossexuais são a principal forma de infeção pelo HIV ao longo da década em estudo, e ativamente, como é o caso brasileiro, qualquer pessoa se identifica com a mensagem e mais provavelmente fará o uso do preservativo. Quando as campanhas são heterossexualistas ou exclusivamente destinadas a uma ou outra população mais vulnerável, as demais pessoas não se identificam com a mensagem e mais provavelmente não farão o uso do preservativo, justamente por não considerarem-se alvo... nem das campanhas, nem do HIV/AIDS.

6.4 A relação entre as ONG/AIDS e os PNA do Brasil e de Portugal entre 2001 e 2010

Como revelado anteriormente, é reconhecido o papel das organizações da sociedade civil na construção de políticas públicas de combate ao HIV/AIDS em todo o mundo. Estas organizações, enquanto grupos de interesse institucionalmente constituídos, como é o caso da ABIA, ABRAÇO e GAT, entre outras, que são consideradas ONG/AIDS, tiveram intervenções bastante distintas junto dos respectivos PNA durante a década em análise,

apesar de a participação social ser um pressuposto em ambas políticas nacionais de saúde. Enquanto no Brasil, segundo os informantes privilegiados abordados, as relações do PNA com as ONG/AIDS foram bastante colaborativas, e mesmo entre as instituições havia colaboração, em Portugal, apesar dos ex-Diretores do PNA afirmarem que havia colaboração e consonância entre os objetivos do PNA e das organizações da sociedade civil, a análise documental e os informantes privilegiados membros do GAT afirmam o contrário em relação ao período estudado, além do que as próprias instituições dos grupos de interesse não agiam de modo colaborativo.

No Brasil, havendo instâncias de participação e controle social na temática do HIV/AIDS criadas desde o surgimento do PNA brasileiro, o papel das organizações da sociedade civil na construção de políticas públicas de combate ao HIV/AIDS era, mesmo contemplando momentos menos fortuitos, bastante efetivo. Como apontam Parker (2014) e Simão (2014), “(...) apesar de haver momentos em que haviam extensas discussões com os representantes das ONG, sempre conseguimos chegar a acordos e ao consenso”. Além disso, como recorda Grangeiro (2014), o facto de o PNA financiar diretamente os projetos das principais ONG do país (como é o caso dos projetos estratégicos) permitiu um discurso colaborativo por parte destas junto do PNA. Em suma, como apontam Simão e Barbosa (2010: 144)

(...) a sociedade civil brasileira, por meio de diferentes organizações, tem exercido o devido controle social sobre os programas e projetos voltados para a prevenção ao HIV/AIDS, aconselhamento e tratamento. Sua participação é constante no PNA, e em outros fóruns de consulta, discussão e acompanhamento.

Além disso, contribui para este constante diálogo colaborativo o facto de que houve ao longo da década, apesar das constantes alterações no cargo de Diretor do PNA, uma linha de continuidade entre aqueles que assumiram o cargo, pois “No Brasil, o PNA não ser um programa de governo, mas sim um programa do Estado, com valores institucionalizados de acordo com os pressupostos do SUS” (Mesquita, 2014).

Em Portugal, ao longo da década em análise, os informantes privilegiados, membros de organizações da sociedade civil que se caracterizam como ONG/AIDS, afirmam que os Diretores do PNA não mantinham diálogo com estas organizações e não respeitavam as demandas apresentadas por estas. A resistência em incluir as demandas destas organizações no PNA português motivou, por algumas ocasiões, que estas organizações recorressem diretamente ao Ministério da Saúde, visto não conseguirem respostas através do PNA (Mendão e Silvério, 2014). Além disto, por diversas vezes nota-se no discurso de ex-Diretores do PNA, no período em análise, a necessidade de imposição de suas deliberações em detrimento das demandas destas instituições, como por exemplo no processo que culminou com a notificação obrigatória do HIV/AIDS, sob a gestão do Dr.

Meliço-Silvestre, e nas alterações ao financiamento das ONG, na gestão do Dr. Henrique Barros. Recorde-se que o PNA português cria, apenas em 2007, e legitima apenas em 2009, o FNCS enquanto instância de consulta às organizações da sociedade civil para a temática do HIV/AIDS. Entretanto, na análise das Atas do FNCS são percebidas várias discrepâncias entre o PNA e as organizações que compõem este Fórum, assim como se notam constantes disputas entre as próprias organizações participantes. Nas palavras de Diniz (2014), em Portugal “(...) *não temos uma sociedade civil forte*”.

Neste processo de interação com o PNA o movimento LGBT teve relevância distinta na implementação de políticas públicas de combate ao HIV/AIDS ao longo dos anos 2000 no Brasil e em Portugal. No Brasil, desde o surgimento da epidemia, e ao longo de toda a década em análise, as instituições e ativistas do movimento LGBT tiveram atuação frequente e colaborativa no combate a epidemia. Isto foi revelado na execução dos chamados projetos estratégicos, que contemplavam não apenas os gays e outros HSH, mas tiveram projetos específicos para travestis e transexuais, e na participação de representantes das instituições em várias instâncias de participação e controle social no Brasil, sendo estas os Fóruns Estaduais e Municipais de ONG/AIDS, além do Fórum Nacional, nas comissões estaduais, municipais e na Comissão Nacional de AIDS, responsáveis pelo significativo aumento das ONG/AIDS no Brasil, ao longo da década. Em Portugal, apesar de até o ano 2000 ter havido uma mobilização de instituições do movimento LGBT para a prevenção, mais precisamente representante dos gays, logo em 2001 a principal instituição, a ILGA, Portugal, vem a público afirmar que esta instituição não se caracteriza como uma ONG/AIDS e nunca se fundamentou ou pretende fundamentar a sua intervenção na prevenção ao HIV/AIDS, uma vez que as suas demandas e áreas de intervenção giram em torno dos direitos da comunidade LGBT.

Além disso, também diferem na relação que as instituições dos grupos de interesse têm com cada PNA e o próprio perfil do movimento de luta contra a AIDS em cada país. Como apontam Mendão e Silvério (2014)

(...) percebe-se uma diferença muito grande no ativismo social no Brasil e em Portugal. No Brasil o número de pessoas e de organizações e o impacto que tem junto aos decisores é muitíssimo maior. Além disto houve posições que as organizações da sociedade civil, as ONG, no Brasil lutaram e ganharam, e foi uma conquista destas, diferente do que aconteceu em Portugal, por exemplo com o acesso à terapêutica, aos medicamentos, em Portugal veio de mão beijada. Em Portugal as pessoas seropositivas tiveram a vida muito mais facilitada do que no Brasil, e por isto são muito menos ativistas. Além disso há um número significativo de pessoas que são seropositivas e assumem publicamente, enquanto em Portugal há quatro, sendo que 50% estão aqui presentes nesta sala. No Brasil há uma série de pessoas que falam abertamente de sua seropositividade, através da comunicação social, enquanto aqui somos

apenas quatro. Quando muito alguns dão depoimentos, mas de cara tapada... Entretanto, recentemente, houve uma nova rapariga, do Alentejo, que assumiu sua seropositividade, mas que não tinha “pedalada”, preparação para isto e foi de tal modo massacrada pela comunicação social que já não dá depoimentos. Sempre que aparece um, acontece isto, por isso não há mais quem assuma.

6.5 A influência das Metas da UNGASS nos PNA do Brasil e de Portugal a partir de 2001

Como já apontado, quer o Brasil, quer Portugal são signatários das Metas da UNGASS e, de acordo com a questão norteadora da presente tese, estariam, em função disto, sob a mesma pressão internacional, oriunda destas Metas. Entretanto, segundo os informantes privilegiados abordados e a revisão documental realizada, em ambos os países as Metas da UNGASS não influenciaram diretamente a implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS nos mesmos.

Em relação ao Brasil, os ex-Diretores abordados, em entrevistas para a presente tese, afirmam que as Metas da UNGASS eram “(...) recordadas apenas na hora de reportar” (Chequer, 2014; Simão, 2014), através dos relatórios anuais. “O Brasil condicionou muito a sua intervenção em função da sua realidade” (Simão, 2014), da pressão das populações mais vulneráveis através das ONG que os representava (Grangeiro, 2009; 2014) e “(...) influencia muito mais o estabelecimento das Metas da UNGASS, do que estas influenciaram as estratégias de combate ao HIV no Brasil” (Simão, 2014). A opinião destes informantes privilegiados é reforçada quando se percebe que várias das Metas estabelecidas na declaração de compromissos da UNGASS já eram desenvolvidas no Brasil. Alguns exemplos são: os Estados-Membros comprometem-se a incluir as populações mais vulneráveis na formulação e implementação de políticas públicas (o Brasil mantém nas instâncias de participação e controle social representantes destas populações desde o surgimento do PNA brasileiro), e as estratégias de prevenção devem estar associadas ao tratamento (desde 1996 que o PNA brasileiro vincula o tratamento e a prevenção como estratégias indissociáveis), bem como direcionadas às populações mais vulneráveis (desde 1989 o Brasil tem projetos específicos para estas populações), entre outras.

Em relação a Portugal, os ex-Diretores abordados afirmam que as Metas da UNGASS, bem como os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, constam dos programas plurianuais de Portugal, “(...) pois Portugal politicamente aderiu a estas metas, tendo participado na discussão acerca delas” (Meliço-Silvestre, 2014; Barros, 2014), mas “(...) o grande problema que se coloca é a distância entre a declaração de princípios e a aplicação

prática destes” em Portugal (Barros, 2014), ou como apontam Mendão e Silvério (2014) “(...) *há a declaração de intenções, mas quando se coloca em prática não é bem assim...*”. De facto, alguns exemplos reforçam esta discrepância entre os compromissos assinados e a implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS ao longo da década em Portugal. Alguns exemplos são: os Estados-Membros comprometem-se a incluir as populações mais vulneráveis na formulação e implementação de políticas públicas (em Portugal o FNCS foi legislativamente constituído apenas em 2009) e as estratégias de prevenção devem estar associadas ao tratamento (ao longo da década de 2000 houve um sistemático desinvestimento em prevenção, como afirmou Barros (2014), em entrevista para esta tese), bem como direccionadas às populações mais vulneráveis (a exceção dos UDI – que contam com estratégias específicas desde 1990 – apenas em 2010 o PNA português implementou uma campanha específica para os HSH), entre outras.

Entretanto, Brasil e Portugal, segundo os informantes privilegiados abordados, reportaram ao UNAIDS os relatórios de desenvolvimento das Metas da UNGASS nos seus territórios. Estes relatórios, em relação ao período entre 2001 e 2010, estão publicamente disponíveis no *website* do PNA brasileiro, apresentando os resultados alcançados no Brasil. Nestes documentos são reveladas as estratégias desenvolvidas em território nacional em relação a cada uma das Metas estabelecidas. Em contrapartida, e apesar de referirem que os resultados alcançados em Portugal também são reportados, o PNA português não disponibiliza publicamente os mesmos relatórios. Mesmo após insistência do investigador junto da instituição, não foi facultado o acesso a estes documentos, pelo que não se pode afirmar de que modo os resultados são reportados.

Sendo assim, apesar de a dependência de fundos internacionais condicionar a implementação de políticas públicas em saúde, sobretudo em países de baixo rendimento, como apontam diferentes autores (Hogwood e Gunn, 1984; Grindle e Thomas, 1991; Wall *et al*, 2007) como é o caso do Brasil, na opinião dos informantes privilegiados abordados, isto não se observa na influência que as Metas da UNGASS tiveram sobre o PNA brasileiro. Ou seja, o Brasil, mesmo dependente dos fundos do BM ao longo da década, implementou estratégias não em função das orientações internacionais, mas sim respeitando as especificidades da epidemia e as demandas das populações mais vulneráveis. Em relação a Portugal, como depende de fundos internos para implementar ações de combate ao HIV/AIDS, tenderia, deste modo e de antemão, a definir com maior autonomia as estratégias de implementação destas políticas públicas. Porém, esta autonomia parece não estar condicionada aos recursos da ONU, mas está em relação às normas e orientações europeias.

Interessante notar que em relação ao HIV/AIDS, de modo geral, e na opinião dos informantes privilegiados abordados, Portugal e Brasil têm relações diferentes com as instâncias internacionais de HIV/AIDS durante a década entre 2001 e 2010. Enquanto o Brasil influencia a agenda das agências da ONU, a exemplo do processo de licenciamento compulsório de medicamentos ARV, Portugal é muito mais influenciado pela agenda e pelas agências europeias, em função de ser membro da UE, do que enquanto membro das Nações Unidas, exemplo disto é o processo de institucionalização da participação das organizações da sociedade civil no PNA português, através da criação do FNCS, que é recomendado pelo UNAIDS através das Metas da UNGASS, mas só é institucionalizado depois de constar como recomendação da UE.

Conclui-se, então, que apesar de ambos os PNA fazerem referências às Metas da UNGASS e a sua importância na luta contra o HIV/AIDS, em diversos documentos ao longo da década em análise, elas não foram fundamentais para a implementação de políticas públicas de combate ao HIV/AIDS no Brasil e em Portugal, nem na opinião dos ex-Diretores do PNA, nem na opinião dos representantes dos grupos de interesse institucionalmente constituídos e abordados.

6.6 O processo de institucionalização dos princípios, pressupostos e valores das políticas nacionais de saúde nas políticas públicas de combate ao HIV/AIDS no Brasil e em Portugal

Oliveira (2006) afirma que, atualmente, as investigações centradas na etapa de implementação de políticas públicas pretendem identificar variáveis-chave que justificam implementações com e sem bons resultados, tal como a presente tese propõe explicar. Conforme apontam outros autores (Glindle, 1991; Viana, 1996; Oliveira, 2006; Magalhães e Bodstein, 2009), os processos de tomadas de decisão, considerando os atores envolvidos e o contexto político em que estão inseridos, tanto na formulação, quanto na implementação, são de grande relevância nesta etapa e fomentam largo debate. Ou seja, alguns autores (Magalhães e Bodstein, 2009 e Oliveira, 2006), afirmam que o processo de planejamento e consequente implementação das políticas públicas deve ser controlado de cima para baixo (*top down*), isto é, as decisões devem ser tomadas por autoridades que têm um certo controle do processo e decidem o que e como implementar as políticas ou programas. Desta maneira, pode haver o controle efetivo no planejamento e na implementação, garantindo-se os resultados, pois considera-se que os atores na base deste processo não têm uma visão do todo, nem de como controlar o processo. Outros autores apontam para o contrário, ou seja, que se deve considerar no planejamento e na implementação de políticas públicas as

demandas e os contributos dos próprios beneficiários, construindo-se o processo de tomada de decisão de baixo para cima (*bottom up*). Este tipo de processo justifica-se por questões de efetividade e eficácia, considerando-se que esses atores sabem o que acontece e o que de melhor se pode fazer para alcançar os resultados propostos para a política pública, bem como pelo facto de caracterizar o processo de modo mais democrático, fomentando a participação dos interessados no processo de decisões que lhes afetam (Oliveira, 2006).

Em relação ao princípio da participação social na implementação de políticas públicas de combate ao HIV/AIDS este tem *times* muito diferentes nos países. Reforça-se que a participação social marcou o início de ambos os sistemas nacionais de saúde, enquanto valor a ser difundido nas políticas nacionais, também presente em ambas as Constituições. Posto isto, a partir dos estudos de caso realizados, pode-se afirmar que a participação social foi amplamente refletida na implementação de políticas públicas de combate ao HIV no Brasil. No período em análise, a participação social é exercida pelas organizações da sociedade civil, em instâncias institucionalizadas, mesmo antes de 2001, como é o caso da Comissão Nacional de DST/AIDS, dos conselhos de saúde, das conferências de saúde, os fóruns ONG/AIDS, entre outros. Estas instâncias de participação social, não só têm carácter consultivo, mas por vezes também deliberativo, como é o caso da Conferência Nacional de Saúde. Entretanto, em Portugal, este valor foi institucionalizado na política pública de combate ao HIV, com legislação própria, apenas em 2009, com a criação do Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/SIDA. Diferentemente do Brasil, em Portugal, esta instância tem carácter meramente consultivo.

As atuais políticas públicas de saúde do Brasil e de Portugal são fundamentadas nas Constituições de cada país que orientam a criação, respetivamente, do SUS e do SNS, cujos princípios básicos, em ambos, são muito semelhantes: a universalidade, a equidade e a integralidade, além de promoverem a gestão de forma participada e descentralizada. Estas semelhanças entre os pressupostos de ambas as políticas nacionais de saúde são resultado do processo de institucionalização dos valores do período pós ditadura que ambos os países passaram na sua redemocratização. Em Portugal, a ditadura esgota-se em 1974, enquanto no Brasil apenas em 1984. Interessante notar que, em ambos os países, as políticas públicas de saúde são legisladas, respetivamente, 5 e 6 anos após o processo de redemocratização. Em Portugal em 1979, com a criação do SNS, e no Brasil em 1990, com a criação do SUS. Em suma, a criação de ambos os sistemas de saúde fizeram parte da redemocratização política e social destes países.

Entretanto, as semelhanças esgotam-se aí, pois enquanto o Brasil, desde o surgimento da Lei nº 8080/90, tem implementado estratégias para consolidar os pressupostos para a saúde previstos na Constituição e legislados na referida Lei, Portugal

tem passado por frequentes reformas no sentido de efetivar os pressupostos contidos na Constituição deste país. Notou-se, ao longo dos estudos de caso apresentados, que até ao fim da década de 2000 o SNS passou por sucessivas reformas buscando mudanças que eram consideradas importantes, enquanto o SUS passou por processos de consolidação dos pressupostos vigentes desde 1988. Aqui, notou-se na elaboração dos estudos de caso a diferente relevância de dois distintos grupos de interesse na influência que tiveram no desenvolvimento dos sistemas de saúde. Enquanto no processo de criação do SUS o MRSB, base para a posterior emergência de outros movimentos sociais importantes na luta contra o HIV/AIDS) teve um papel fundamental na elaboração dos pressupostos constitucionais, em Portugal, foi o grupo de interesse representado pelo associativismo médico que influenciou e influencia o desenvolvimento do SNS, dificultando a efetividade de seus pressupostos. Enquanto no Brasil o SUS está direcionado, desde sua criação, para cuidados saúde primários, numa lógica de proximidade dos serviços de saúde aos cidadãos (e de responsabilidades distribuídas entre as instâncias Federal, Estadual e Municipal), onde os hospitais não são o principal instrumento da saúde, em Portugal o SNS tem sido constituído numa lógica medicocentralizadora e hospitalocêntrica. Esta lógica centralizadora da saúde em Portugal tem dificultado a implementação de pressupostos importantes referenciados na Constituição e na Lei do SNS: a equidade, a descentralização e a participação popular.

Diante disto, também as políticas públicas de combate ao HIV/AIDS incorporam de modo distinto os pressupostos constitucionais. Assim, não é de estranhar que o processo de institucionalização das estratégias de combate à epidemia nas políticas públicas de saúde, em ambos os países, ocorreram em momentos tão distintos. Recorde-se que a epidemia surge em ambos os países praticamente ao mesmo tempo, em 1982 no Brasil e 1983 em Portugal. Mas, enquanto o Brasil cria o seu PNA dois anos a seguir, em Portugal este é efetivado apenas dez anos depois, em 1993. Pode-se explicar esta diferença justamente como consequência do processo de desenvolvimento das próprias políticas nacionais de saúde. Como apresentado no estudo de caso do Brasil, o MRSB cresceu no início da década de 1980, em grande medida, pela junção entre um forte ativismo social, decorrente da fragilização do regime militar brasileiro e da luta pela redemocratização e, sobretudo, pela vinculação existente entre AIDS e homossexualidade (Pereira e Nichiata, 2011; Ramos, 2004). Diante do intenso processo de redemocratização política e do surgimento dos primeiros casos de AIDS, constituiu-se o principal arcabouço da política de AIDS desenvolvida em âmbito governamental, contribuindo para fundamentar os seus princípios e diretrizes (Pereira e Nichiata, 2011; Ramos, 2004; Souza *et al*,2010;). Assim, a consonância entre o momento da redemocratização e o surgimento dos primeiros casos de AIDS auxilia a perceber como é que se dá a inserção dos princípios do SUS nas políticas públicas de

combate ao HIV/AIDS no Brasil, e sua conseqüente institucionalização no PNA brasileiro. Ou seja, quando o SUS é criado em 1990, sob influência do MRSB, já as estratégias de combate ao HIV/AIDS eram fundamentadas nos mesmos pressupostos: universalidade, equidade, integralidade, participação e descentralização. Em Portugal este processo ocorre de modo muito diferente. Ou seja, como os pressupostos constitucionais para a saúde, ao longo do desenvolvimento do SNS, não foram institucionalizados, mesmo com constantes reformas, em função do etnocentrismo em relação à cultura médica (Amendoeiro, 2009; Ribeiro e Sacramento, 2014). Também a resposta à epidemia foi por muito tempo negligenciada. Visto não haver uma real institucionalização do pressuposto da descentralização e da participação, os movimentos sociais não tinham grande influência sobre as políticas públicas de saúde, sendo que a prioridade dada ao HIV/AIDS não dependia da atuação destes grupos, mas sim do entendimento dos gestores da política de saúde acerca deste problema.

Entretanto, criados os PNA do Brasil (1985) e de Portugal (1990) e até ao fim dos anos 2000, estes incorporaram alguns dos pressupostos constitucionais para a saúde de modo distinto. De facto, ambas as políticas públicas de combate ao HIV/AIDS incorporaram ações e estratégias que revelam a efetivação de dois pressupostos: a universalidade e a integralidade. Recorde-se que ambos os países, desde 1996, passaram a disponibilizar gratuitamente medicamentos ARV, garantindo acesso universal ao tratamento (UNAIDS, 2012) e, cada um, ao seu modo (como foi revelado nos capítulos IV e V), desenvolveram ações de prevenção, diagnóstico e assistência ao HIV/AIDS, caracterizando assim os pressupostos de universalidade e integralidade.

Pode-se notar também que os PNA do Brasil e de Portugal, justamente pelo próprio modo de funcionamento e desenvolvimento dos serviços nacionais de saúde, refletem de modo distinto outros pressupostos constitucionais da saúde: equidade, participação e descentralização, nas estratégias implementadas para as questões do HIV/AIDS, que são refletidos na implementação de políticas públicas de combate ao HIV/AIDS no Brasil, entre 2001 e 2010, mas não são refletidas, ou apenas tardiamente, naquelas implementadas pelo PNA português, em igual período, como revelado neste capítulo. Entretanto, este distinto processo de institucionalização dos pressupostos dos sistemas nacionais de saúde também contribui para a significativa diferença na prioridade que cada PNA deu à prevenção no período compreendido entre 2001 e 2010. No Brasil a prevenção nunca esteve dissociada do tratamento, ou seja, como afirmaram os ex-Diretores do PNA brasileiro, Pedro Chequer e Mariangela Simão, *“No Brasil sempre consideramos tratamento como forma de prevenção. Sempre foram estratégias complementares e prioritárias”* reforçadas ao longo da década de 2000 (Simão, 2014),. Em Portugal, como afirmado pelos ex-Diretores do PNA, António

Meliço-Silvestre e Henrique Barros, a prevenção “(...) sofreu um corte sistemático ao longo da última década” (Barros, 2014), em detrimento das estratégias de diagnóstico voltado à população em geral e das estratégias de acesso ao tratamento. No primeiro caso,

(...) [foi investido] fortemente na prevenção e nos rastreios com a população universitária, como um meio de chegar às mais diversas parcelas e cantos do país. Íamos, fazíamos rastreios, laboratoriais e teste rápido, prestávamos esclarecimentos e informações, e muitas vezes eles multiplicavam estes conhecimentos com os pais, amigos, em lugares que se assim não fosse, jamais falariam sobre o assunto.(Meliço-Silvestre, 2014).

E no segundo caso,

(...) [houve um] investimento fortíssimo no tratamento, ou seja, que as pessoas infetadas tivessem acesso adequado e rápido à medicação. E isto fica expresso no número de pessoas em tratamento, que aumentou brutalmente neste período. Falamos de uma mudança do género, como, em 2005/2006 termos 5.000, 6.000 pessoas em tratamento, no final de 2011 temos 25.000 pessoas em tratamento. Estas infeções não apareceram de novo, estas infeções foram procuradas ativamente, e as pessoas foram diagnosticadas. E foram criadas as condições financeiras para que se pudesse pagar os tratamentos. Enquanto no Brasil custava, naquela altura, por ano 400, 500 dólares o tratamento de uma pessoas com HIV/AIDS, em Portugal custava por ano, algo em torno de 15.000 dólares. Hoje, em 2014, mesmo com toda a discussão política em torno do preço do tratamento, custa no mínimo 12.000 dólares, ou seja, pelo menos 20 vezes mais que no Brasil. Houve um esforço financeiro neste sentido. (Barros, 2014).

6.7 Perspectivas pós 2010

Para Parker (2014) o sucesso do PNA brasileiro, cujo auge se deu na década de 2000, está ameaçado pela políticas que passaram a vigorar a partir da gestão da Presidente Dilma Roussef. Nas suas palavras:

Com a saída do Lula e com a entrada do governo Dilma, com a perspectiva política aonde um dos dois principais concorrentes, ou inimigos da Dilma, é... Marina Silva com sua ligação com o movimento evangélico, você tem uma preocupação muito grande, por parte do governo brasileiro, do governo Dilma, e os diversos ministros ligados ao governo Dilma, de apaziguar e tentar enamorar com o movimento evangélico, para tirar um pouco da força de alguns dos concorrentes e principalmente da Marina Silva e aliados. Então o governo Dilma começa... a tentar fazer as pazes e, de certa forma, de premiar ou de dar favores políticos para a bancada evangélica do congresso. Então o governo Dilma começa a enfraquecer muito (...) da ousadia do programa nacional de AIDS. Começam a censurar campanhas de AIDS, começam a censurar não só campanhas de AIDS, mas ações, programas governamentais em outras áreas como educação, a escola sem homofobia, os materiais censurados. A própria Dilma faz declarações infelizes que o seu governo não vai apoiar orientação sexual nenhuma... enfim,

eu não me lembro exatamente dos termos. Mas uma série de coisas são feitas, principalmente na área de educação e [na área] social. Educação e saúde, aonde atividades que criaram nesse nível político e das políticas programáticas dos programas implementados por ministérios, essas coisas começam a ser enfraquecidas, no atual governo brasileiro. (idem).

Estas afirmações são reforçadas pelo conteúdo do Relatório de Atividades da ABIA, de 2011, onde são apontadas duas ações contra o gestor federal:

- I. Pronunciamento sobre a falta de participação da sociedade civil brasileira na conferência sobre determinantes sociais de saúde. Esta conferência, organizada através da cooperação entre o governo brasileiro e a OMS, aconteceu no dia 19 de outubro, no Rio de Janeiro. Em diversos eventos internacionais prévios, o governo brasileiro declarou que este evento contaria com ampla participação da sociedade civil, no entanto, dos cerca de mil participantes, poucos eram parte de organizações da sociedade civil brasileira, mesmo aquela que há anos trabalha na interface entre determinantes sociais e saúde. A impressão é de que o governo brasileiro evitou a participação de organizações que têm uma posição crítica à atual gestão, especialmente na área da saúde. O Grupo de Trabalho para Propriedade Intelectual (GTPI) e a ABIA organizaram então uma carta aberta denunciando esta postura do governo. A carta foi assinada por 21 organizações e 104 indivíduos e enviada para o Ministro da Saúde e demais autoridades responsáveis pelo evento (ABIA, 2012); e
- II. Envio de Denúncia contra o governo brasileiro para o relator Especial de Direito à Saúde da ONU. Em fevereiro de 2011, o GTPI/ABIA enviou uma denúncia ao Relator Especial sobre direito à saúde da ONU, Anand Grover. A acusação diz respeito a um parecer recente da Advocacia Geral da União (AGU) que restringe o papel da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) na concessão de patentes de medicamentos. De acordo com o texto enviado ao relator da ONU, a decisão da AGU representa um retrocesso que viola as obrigações internacionais do Brasil em relação ao direito humano à saúde. A iniciativa é enquadrada dentro da Resolução nº 31/2002, que assegura a possibilidade de acionar o Relator Especial em temas que possam ser considerados violações do direito à saúde. Diante da denúncia, a ONU pode pedir esclarecimentos ao governo brasileiro.

Na análise realizada observou-se que o cenário brasileiro da AIDS no período compreendido entre 2001 e 2010 passou por grandes transformações. São, de facto, modificações tanto no perfil da epidemia do HIV, quanto no cenário político-administrativo, que condicionaram a relação entre as instituições da sociedade civil organizada e o PNA. Entretanto, a ação das organizações da sociedade civil, maioritariamente compostas pelas ONG/AIDS, teve repercussão ao nível nacional e internacional, pela pressão social e pelas

conquistas dos direitos no campo da saúde. A experiência do Brasil é exemplo de articulação entre a sociedade civil e o Estado para a construção de políticas públicas no enfrentamento do HIV/AIDS, tanto nas estratégias de prevenção com modelos adequados às realidades locais, quanto no tratamento e cuidado (Pereira e Nichiata, 2011). Diante disto, vale atentar-se ao facto de que “Parece haver um distanciamento entre as posições dos movimentos sociais e do Ministério da Saúde no que diz respeito às políticas de enfrentamento da AIDS como um todo” após o ano 2010 (Chequer, Teixeira e Grangeiro, 2013).

Em relação a Portugal perspetivam-se melhores investimentos no sentido de se institucionalizarem os princípios estabelecidos pela Constituição para as políticas de saúde, especialmente no que respeita ao PNA português. Neste sentido, em 2012, o PNA português reafirmou os compromissos já assumidos, sublinhando os três princípios fundamentais em que deve assentar a atuação clínica, a saber: i) “universalidade, traduzida na disponibilização de terapêutica anti retrovírica a todos os indivíduos portadores de infeção por VIH elegíveis para o seu tratamento”; ii) “equidade, traduzida na uniformidade de tratamento a nível nacional”; iii) “qualidade, traduzida na indicação clara de utilização dos regimes terapêuticos considerados mais adequados face à evidência científica disponível” (Diniz, 2012:6). Para o horizonte fixado em 2016, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção HIV/AIDS estabelece seis metas, em linha com os objetivos do UNAIDS (2012) (zero novas infeções, zero mortes relacionadas com a AIDS e zero casos de discriminação). Para isso propõe: i) redução em 25% do número de novas infeções; ii) redução de 65% para 35% dos diagnósticos tardios de infeção pelo HIV; iii) redução em 50% do número de novos casos de SIDA; iv) redução em 50% do número de mortes por AIDS; v) incrementar para 95% a proporção dos indivíduos que dizem utilizar preservativo em relações sexuais ocasionais; e vi) eliminar a transmissão da infeção por HIV da mãe para o filho. Para atingir estes objetivos, foram consideradas como áreas prioritárias o diagnóstico, a prevenção e o tratamento da infeção, as populações vulneráveis, o estigma e a discriminação, a investigação e, por fim, a cooperação internacional. Assim, importa agora retirar estas propostas dos planos e programas e torna-las efetivas ações.

CONCLUSÃO

Os esforços mundiais desenvolvidos na luta contra o HIV/AIDS ao longo das últimas décadas revelou resultados bastante positivos como consequências das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS implementadas em todo o mundo, sobretudo durante a década passada. As Metas da UNGASS são um exemplo destes esforços, pois reúnem os Estados-membros da ONU na luta contra a AIDS. Também as ONG/AIDS têm um papel de relevo nesta luta. Entretanto, como revelou-se ao longo desta tese, este sucesso na luta mundial contra o HIV/AIDS não se reflete em todas as nações de mesmo modo.

Brasil e Portugal, por exemplo, contam com PNA institucionalizados nas respectivas políticas nacionais de saúde, desde antes de 2001 (ano das Metas da UNGASS) e com ONG/AIDS (enquanto grupos de interesse) que implementam estratégias de combate ao HIV/AIDS e são, ambos países, signatários das referidas Metas da UNGASS. Entretanto, em relação às estimativas da taxa de prevalência do HIV/AIDS na população adulta, o UNAIDS revela que durante a década compreendida entre 2001 e 2010 estes países têm tendências distintas de desenvolvimento desta taxa. Enquanto o Brasil apresenta uma tendência de diminuição, Portugal apresenta uma tendência de aumento.

Como apresentado anteriormente, na perspectiva do institucionalismo sociológico a análise das políticas públicas deve dirigir a atenção não apenas para as instituições em si, mas também para os próprios atores envolvidos, os processos cognitivos, normas e morais (Hall e Taylor, 2003). Deste modo, considerando que a análise comparativa de políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, entre 2001 e 2010, no Brasil e em Portugal, foi o objeto de investigação da presente tese, a presente conclusão responde à questão norteadora: “como é que em países sujeitos à mesma influência internacional, possuidores de Programas Nacionais de combate ao HIV/AIDS e grupos de interesse institucionalmente constituídos, apresentam tendências distintas na taxa estimada de prevalência do HIV na população adulta?”. Pode-se responder que a diferença nos resultados entre Brasil e Portugal deu-se pela intervenção distinta dos atores envolvidos na formulação e implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS em ambos os países, onde em um dos casos a participação popular é efetiva e noutro não. Ou seja, apesar de haver PNA constituído, grupos de interesse institucionalmente organizados em ambos territórios e a influência das Metas da UNGASS, os pressupostos e estratégias empregadas foram diferentes e, conseqüentemente, as políticas públicas também o foram.

Deste modo, numa perspectiva neoinstitucionalista, foi possível através do método comparativo compreender, explicar e interpretar os resultados distintos obtidos através das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS a partir dos diferentes casos brasileiro e

português, considerando que, como propõe Sartori (1994) a comparação é um método de controlo das generalizações. Deste modo, a partir de explicações acerca do enquadramento metodológico utilizado, são realizadas, a seguir, as considerações acerca do desenvolvimento da implementação de políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, numa perspectiva comparada, sob a ótica do neoinstitucionalismo, confirmando e/ou refutando as hipóteses anteriormente apresentadas. Por fim, revelam-se as conclusões alcançadas pela tese explicando, do ponto de vista da análise de políticas públicas, o porquê das distintas tendências na taxa estimada de prevalência do HIV/AIDS na população adulta do Brasil e de Portugal, entre 2001 e 2010.

Entretanto, recorda-se que a análise de políticas públicas ("*policy analysis*") é uma técnica de estudo que possibilita ao investigador obter uma opinião sobre uma política pública específica (Frey, 2000; Sampaio e Araújo Jr, 2006), no caso da presente tese, as de combate ao HIV/AIDS. Assim, a presente análise comparativa foi apresentada como uma estratégia analítica com fins não somente descritivos (explicando o que aconteceu), mas também explicativos (explicando o porquê aconteceu) possibilitando assim estabelecer relações empíricas gerais como serão apresentadas na sequência desta conclusão. Deste modo, recorda-se que segundo Lijphart (1971), a análise comparativa é um instrumento adequado em situações onde o número de casos em estudo é muito pequeno, como no presente estudo.

O mesmo autor afirma também que muitas vezes deve-se utilizar uma mescla entre os métodos estatístico e comparativo para atingir o objetivo do estudo. Na presente foi realizada a citada mescla, como se percebeu na leitura do capítulo III. Neste capítulo foi através do método estatístico que se verificou o desenvolvimento da taxa de prevalência estimada do HIV na população adulta do Brasil e de Portugal. Também foi possível perceber comparativamente como se desenvolvem os casos de AIDS ao longo da década compreendida entre 2001 e 2011, segundo os relatórios de vigilância epidemiológica de cada país. Nesta análise estatística comparativa, as diferenças nas tendências das taxas estimadas da prevalência do HIV na população adulta nos países em análise podem ser explicadas pelo aumento demográfico da população adulta e das mortes por AIDS, inversamente proporcional ao aumento de novos casos. Ou seja, enquanto aumenta a população adulta e o número de mortes por AIDS, não aumenta o número de novos casos e a prevalência (que é soma do universo de pessoas que vivem com a doença em um determinado período, dividido pelo universo da população no mesmo período) conseqüentemente, diminuirá, como é o caso do Brasil. Entretanto, em Portugal, aconteceu o inverso, a população adulta aumentou e o número de mortes por AIDS diminuiu, e apesar do número de novos casos ter diminuído, não foi proporcional a diminuição da população,

pelo que, a prevalência do HIV/AIDS aumentou em Portugal. Apesar de do ponto de vista estatístico explicar-se a diferença das tendências das taxas estimadas da prevalência do HIV na população adulta nos países em análise, estas podem não ser as únicas causas desta diferença, pelo que foi necessário analisar estas políticas públicas sob outra perspectiva.

Ou seja, foi necessário nesta tese conciliar a este método quantitativo, outro, qualitativo, ou seja, o método comparativo *case-oriented* proposto por Ragin (1987). Assim, os capítulos IV e V centraram-se na cronologia de casos específicos, o que possibilitou ao investigador fazer profundas explicações de regularidades, exigindo, deste modo, um pequeno número de casos, ou seja, apenas o caso brasileiro e português; permitiu também, como descrito no capítulo VI, abordar as diversidades e particularidades das relações nas diferentes relações observadas dos casos comparados, valorizando a complexidade dos casos estudados.

Deste modo, esclarecendo acerca da metodologia utilizada, recorda-se que segundo apontara Buse *et al* (2005) políticas públicas de saúde são “cursos de ação (e omissão) que afetam o conjunto de instituições, organizações, serviços e arranjos de financiamento do sistema de saúde”, sendo que tal política pode ser feita dentro do governo, por atores não-governamentais e por organizações externas ao sistema de saúde. Nas políticas públicas de combate ao HIV/AIDS analisadas nesta tese foi dada atenção aos PNA, enquanto instituições dentro do governo, às ONG/AIDS, enquanto atores não-governamentais e às Metas da UNGASS enquanto organização externa aos sistemas de saúde brasileiro e português.

Sendo uma prática frequente a distinção entre variáveis dependentes e independentes na análise de políticas públicas, e com o objetivo de explicar o que aconteceu, bem como o porquê aconteceu, foram delimitadas as variáveis envolvidas na questão norteadora deste estudo. Conforme apontara Frey (2000:18) em alguns casos é “(...) legítimo considerar o fator ‘instituições’ como variável independente”, conforme se verifica na presente tese. Nesta, como pode-se notar, os Programas Nacionais de combate ao HIV/AIDS – PNA –, enquanto instituições do Estado, são consideradas variáveis independentes. As outras variáveis independentes identificadas logo na questão norteadora da presente tese são os grupos de interesse institucionalmente constituídos e as Metas da UNGASS. Percebe-se, deste modo, que a variável dependente presente na questão norteadora é a tendência da prevalência do HIV na população adulta do Brasil e de Portugal entre 2001 e 2010.

A importância em definir-se as variáveis envolvidas prende-se também com a necessidade de desenvolvimento da análise comparativa através do desenho dos sistemas mais similares (*most similar systems design*), como propõem Przeworski e Teune (1970), e

efetiva-se nesta tese. Como exposto anteriormente, este método é fundamentado no princípio das variações concomitantes. As semelhanças e diferenças intersistêmicas são o foco do *most similar systems design*. Ou seja, as características sistêmicas comuns são concebidas como *controller for*, enquanto as diferenças intersistêmicas são variáveis explicativas. Nesta análise parte-se dos sistemas por inteiro, tão idênticos quanto possível. As características comuns são as variáveis controladas, enquanto as diferenças são as variáveis explicativas.

Neste sentido, o desenvolvimento dos estudos de caso apresentados nos capítulos IV e V permitem identificar outras variáveis controladas presentes nos casos abordados. Assim, além de contarem com PNA constituídos e grupos de interesse institucionalizados, bem como serem signatários das Metas da UNGASS, enquanto características comuns e conseqüentemente variáveis independentes. As políticas públicas de combate ao HIV/AIDS do Brasil e de Portugal, mesmo antes de 2001, contam com outras características comuns: epidemia concentrada; disponibilização gratuita de medicação ARV; envolvimento da comunidade LGBT neste combate; estão inseridas em políticas nacionais de saúde que pressupõe a universalidade, equidade, integralidade, participação e descentralização; desenvolvem campanhas de prevenção; e ações com populações vulneráveis. Ou seja, como estas demais características são também comuns nos dois estudos de caso, elas não explicam o porquê de Brasil e Portugal terem tendências distintas na prevalência do HIV na população adulta. São também variáveis controladas e independentes.

Sendo assim, visto que a existência de PNA, de grupos de interesse constituídos e o comprometimento com as Metas da UNGASS são variáveis independentes e não influenciam na variável dependente, é nas relações entre estas variáveis controladas e as acima citadas que se explica a diferença nos resultados das políticas públicas. Ou seja, nos casos estudados, a influência das ONG/AIDS (enquanto grupos de interesse institucionalmente constituídos) e das Metas da UNGASS (enquanto influência internacional) é percebida de forma distinta na implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, no Brasil e em Portugal, pelos respectivos PNA. Sendo assim a relação de cada PNA com as ONG/AIDS e com a influência das Metas da UNGASS caracterizam-se como variáveis explicativas.

Ao longo dos capítulos IV e V, notou-se que a intervenção dos grupos de interesse institucionalmente constituídos junto aos respectivos PNA se dá de modo distinto, sendo mais colaborativo no caso brasileiro e competitivo no caso português. No Brasil as instâncias de participação social estão institucionalizadas, através dos conselhos e comissões de saúde, podendo inclusive ser deliberativos, conferindo poder de veto a estas organizações, mesmo antes de 2001 e em Portugal, até ao final da década em análise a participação social se dá de modo competitivo, apenas sendo legitimada em 2009, através da criação do Fórum

Nacional da Sociedade Civil, que tem caráter exclusivamente consultivo, não conferindo-lhes poder de veto. Este aspeto permite que, como propõe Frey (2000), avalie-se a capacidade dos atores de alterar as estruturas políticas. No estudo de caso brasileiro foi evidente a capacidade das organizações da sociedade civil em alterar estruturas políticas desde o surgimento do SUS, como foi o caso do MRSB, enquanto no caso português esta capacidade limita-se ao PNA, que impõe alterações na estrutura política, mesmo sem consentimento das organizações da sociedade civil.

Nestes capítulos foi possível perceber também que o processo de continuidade das estratégias de implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS no Brasil e em Portugal foi distinto. Enquanto no Brasil as trocas de diretores do PNA não influenciaram o processo de continuidade desta política pública, pois os sucessores eram sempre pessoas que já trabalham no PNA quando assumem o cargo, em Portugal, cada vez que havia um novo Governo também havia um novo diretor do PNA que não tinha vínculo institucional com o antecessor, diferentemente do caso brasileiro.

Notou-se também nestes capítulos que apesar de apresentarem o perfil da epidemia igual em 2001, ou seja, concentrada nas populações mais vulneráveis (de acordo com os critérios do UNAIDS), as campanhas de prevenção e estratégias implementadas junto as populações mais vulneráveis foram distintas. Enquanto no caso brasileiro, tanto as campanhas nacionais de prevenção quanto as estratégias às populações mais vulneráveis respeitavam o perfil da epidemia, no caso português não. Ou seja, enquanto no Brasil as campanhas eram direcionadas a população em geral, mas respeitando às populações mais vulneráveis, em Portugal foram exclusivamente heterossexualistas. Enquanto no Brasil, ao longo da década em análise, as principais populações vulneráveis (HSH, profissionais do sexo, transgéneros e utilizadores de drogas injetáveis) contavam com Projetos Estratégicos, em Portugal, ao longo da década, apenas os utilizadores de drogas injetáveis contavam com projetos específicos de prevenção.

Entretanto estas formas distintas de realizar campanhas e de implementar estratégias para às especificidades das populações vulneráveis é consequência, justamente, dos distintos processos de institucionalização da participação social. Apesar de ambos os países, desde o surgimento das respetivas políticas nacionais, pregarem os pressupostos da descentralização e participação social da implementação de políticas públicas de saúde, nas políticas públicas de combate ao HIV/AIDS estes foram institucionalizados de modo muito distinto. No Brasil, desde antes da década em análise, mais precisamente, desde o surgimento da epidemia no Brasil, as organizações da sociedade civil, sobretudo as ONG/AIDS, participaram ativamente na formulação e implementação destas políticas públicas, de como colaborativo com o PNA. Em Portugal, apesar de no início da epidemia

estas organizações terem um papel relevante nas políticas públicas de combate ao HIV/AIDS, sobretudo junto aos UDI, na década em análise nota-se que não há a institucionalização da participação social (que apenas se legitima em 2009) e que esta se dá de modo competitivo junto ao PNA.

Tendo apresentado as variáveis explicativas para a diferença das tendências na taxa estimada de prevalência do HIV na população adulta no Brasil e em Portugal, a partir da análise comparativa desenvolvida nesta tese, recorda-se que segundo Frey (2000) e Souza (2006) cada tipo de política pública encontra distintas maneiras de apoio e rejeição, e diferentes disputas e arenas em torno da sua decisão, os estudos apresentados nos capítulos IV e V demonstraram que também as políticas públicas de combate ao HIV/AIDS têm distintas maneiras de apoio e rejeição, bem como diferentes disputas e arenas, consoante o país em que é implementada.

Entretanto o capítulo VI identificou as diferenças intersistêmicas entre as políticas públicas de combate ao HIV/AIDS no Brasil e em Portugal, alcançando assim as demais variáveis explicativas para a variável dependente proposta na questão norteadora. Deste modo durante os anos 2001 e 2010 os PNA destes países implementaram campanhas de prevenção (variável controlada), mas com mensagens e abordagens distintas (variável explicativa), bem como foi distinta (variável explicativa) a intervenção junto às populações mais vulneráveis (variável controlada). Os pressupostos dos sistemas nacionais de saúde são semelhantes (variável controlada) mas são percebidos e institucionalizados de modo distinto (variável explicativa).

Além de revelar as variáveis explicativas para as diferentes tendências de evolução da taxa estimada de prevalência do HIV/AIDS na população adulta do Brasil e de Portugal, entre 2001 e 2010, foi possível, através desta tese, confirmar e refutar hipóteses previamente apresentadas. A primeira, proposta por Walt *et al* (2007), que afirma que o ambiente das políticas públicas de saúde em países de renda média e alta difere do ambiente em países de baixa renda, onde, por exemplo, existem regulamentos, capacidade de regulação e sistemas de monitorização mais fracos (Walt *et al* 2007). Os estudos de caso realizados refutam esta hipótese, pois o Brasil, apesar de ser um país considerado de baixa renda conta com um dos melhores PNA do mundo, segundo diversos autores e informantes privilegiados abordados. Segunda hipótese, proposta por Lee *et al* (2002), que afirma que o ambiente político das políticas públicas de saúde é cada vez mais habitado por relações inter-organizacionais e de redes transfronteiriças complexas, com políticas influenciadas por decisões globais e ações domésticas. Esta hipótese foi confirmada em ambos estudos de caso. Recorda-se das ações do Brasil em relação a recusa dos recursos da USAID e do processo de licenciamento compulsório de medicamento ARV. Também no caso português

foi possível perceber esta influência através da inclusão de metas e orientações do UNAIDS nos planos nacionais de combate ao HIV/AIDS, bem como na participação de altos quadros políticos portugueses em eventos internacionais de relevo. Outra hipótese proposta nesta tese aponta para o maior envolvimento da comunidade LGBT, entre os diferentes segmentos da sociedade civil, no combate ao HIV contribuindo para o sucesso desta política pública. Os estudos de caso confirmam esta hipótese, pois no Brasil, ao longo da década em estudo, o movimento LGBT foi expressivo na formulação e implementação de políticas públicas de prevenção ao HIV/AIDS. Enquanto em Portugal, desde o início do período estudado optou, segundo os informantes privilegiados abordados, membros do GAT, por não se vincular à temática. Por fim, a hipótese de que “ (...) a fragilidade da participação popular nas definições políticas abre espaço para o poder executivo definir, a partir dos seus interesses, a agenda política.” (Araújo e Sampaio Jr, 2006: 442) confirma-se. No estudo de caso português esta hipótese ficou clara nos episódios de imposição de estratégias do diretor do PNA mesmo com a oposição dos grupos de interesse. Isto aconteceu, por exemplo, na gestão do Dr. Meliço-Silvestre, no caso da notificação obrigatória para PA, e também na gestão do Dr. Henrique Barros, com novas medidas para a atribuição de financiamentos às ONG/AIDS.

Tendo descrito as principais conclusões colhidas a partir da elaboração da presente tese, ainda neste capítulo serão abordadas pistas para futuras investigações, os constrangimentos percebidos ao longo desta investigação, bem como a questão de conflito de interesses que possa estar envolvida nesta tese.

Pistas para novas investigações

Ressalta-se aqui as afirmações de Frey (2000) que diz que a grande maioria dos estudos que contribuem para o desenvolvimento do neoinstitucionalismo são realizados em países considerados como tendo sistemas políticos institucionalmente estáveis (como é o caso do EUA e dos países europeus), havendo poucos trabalhos empíricos em países com sistemas políticos em transformação (como é o caso dos países da América Latina). Sendo assim, propõe-se que novas investigações possam replicar o estudo aqui realizado em comparações entre outros países com características comuns a ambos os casos, como foi realizado na presente tese com os estudos de caso do Brasil e de Portugal.

A realização desta investigação levantou indícios bastante interessantes para novas investigações. Seria interessante perceber se os pressupostos e valores das políticas nacionais de saúde abordados e analisados na década entre 2001 e 2010, no Brasil e em Portugal, foram institucionalizados de mesmo modo em outras políticas públicas de combate

a distintas patologias, como é o caso das doenças cardiovasculares, oncológicas e de saúde mental, em igual período.

Além disto, também seria interessante perceber se os processos de institucionalização descritos e analisados acerca destes valores entre 2001 e 2010 se mantêm na década seguinte.

Por fim, seria ainda interessante perceber se outros países signatários da Metas da UNGASS, com grupos de interesse institucionalmente constituídos e com PNA, que tem tendências de aumento, como em Portugal e de descida como no Brasil, também conferem ao processo de institucionalização de valores como a participação social e descentralização distintas formas de implementação. Ou seja, perceber se em outros países em que a tendência de diminuição da taxa estimada do HIV/AIDS na população adulta a participação social é institucionalizada na implementação destas políticas públicas, como no caso brasileiro. Ou se, em sentido oposto, nos países em que há a tendência de aumento da taxa estimada da prevalência do HIV/AIDS na população adulta, não há ou é incipiente o processo de institucionalização da participação social, como é o caso de Portugal. A realização destas investigações reforçaria as conclusões apresentadas nesta tese.

Principais constrangimentos percebidos

Um dos principais constrangimentos percebidos no desenvolvimento desta investigação foi o acesso a informação acerca dos relatórios portugueses submetidos ao UNAIDS pelos países signatários e acerca dos recursos empregados pelo PNA português no combate ao HIV/AIDS, durante a década em análise. Enquanto todos estes relatórios, referentes ao período entre 2001 e 2010, no caso brasileiro estão disponíveis *on-line*, no caso português, além de não haver qualquer informação *on-line* disponível, também o PNA português não facultou o acesso a esta informação, apesar dos vários emails e telefonemas realizados para esta instituição. Como a mesma insistência foi solicitado ao PNA português os orçamentos e recursos anualmente despendidos no combate ao HIV/AIDS, mas a informação não foi facultada, nem encontrada disponível *on-line*. Diante disto, o conteúdo destes relatórios, bem como dos valores despendidos com estas políticas públicas, não pôde ser comparado. Este constrangimento reforça a hipótese de Gilson e Raphaely (2007) quando afirma o problema da assimetria de informação existente no setor da saúde é muitas vezes superior ao verificado nos demais setores sociais.

Outro constrangimento deu-se na disponibilidade de alguns ex-diretores de PNA abordados em se pronunciar acerca do período em análise. No caso brasileiro não foi possível obter resposta de um dos diretores do PNA, bem como no caso português. Em

ambos os casos houve insistência através de *email* com estes diretores mas não houve resposta. Entretanto, no estudo de caso português houve outro informante privilegiado que se negou a prestar esclarecimentos acerca de sua intervenção entre 2001 e 2010. Neste caso, a ex-presidente da ABRAÇO recebeu o investigador mas afirmou não mais tratar de assuntos de HIV/AIDS por, atualmente, ocupar funções executivas em uma Junta de Freguesia em Lisboa.

Por fim, o último constrangimento percebido, que limitou a possibilidade de minuciar alguns aspectos acerca da implementação de políticas públicas de combate ao HIV/AIDS no Brasil e em Portugal foi financeiro. A presente investigação não contou com qualquer apoio financeiro específico para seu desenvolvimento, o que impossibilitou o prolongamento da investigação, bem como novas deslocações ao Brasil para maiores esclarecimentos.

Conflito de interesses

Roga-se necessário, objetivando legitimar o investigador e conseqüentemente a presente investigação tratar da questão do conflito de interesses que possa influenciar ou enviesar esta tese.

Assim, como cidadão com dupla nacionalidade, sendo brasileiro e português, a questão de favorecimento de uma política pública em detrimento de outra em função da nacionalidade do investigador esta descartada.

Além disto, no período em análise o investigador participou de projetos de intervenção em HIV/AIDS, com financiamento público, em ambos os países. Entre 2001 e 2007 no Brasil e entre 2008 e 2010, em Portugal, pelo que há conhecimento empírico dos processos de implementação em ambos os países em nível semelhante, evitando assim que o investigador, no desenvolvimento do processo dê maior viés a um dos dois casos. Reforça-se ainda no período de desenvolvimento da presente tese (setembro/2012 à maio/2015) o investigador não teve qualquer vínculo com os PNA de ambos países.

Últimas considerações

Assim, algumas lacunas e deficiências no campo da análise das políticas públicas de saúde identificadas por Gilson e Raphaely (2007) e superados na presente tese foram: a ausência de marcos conceituais explícitos, detalhando-se o desenho de projetos de pesquisa e metodologia; preponderância de estudos de caso únicos sobre questões específicas; o uso limitado de teoria relevante para apoiar a análise; a escassez de tentativas de fornecer um enfoque explicativo explícito; a questão principal é muitas vezes “o que aconteceu”, em

detrimento de "por que aconteceu"; os investigadores raramente fazem reflexões acerca de como as suas próprias posições moldam as suas interpretações e as conclusões da investigação.

Recorda-se que de acordo com Almeida (1999: 263) “ (...) os sistemas de saúde são complexos por definição e extremamente variados, profundamente inseridos na realidade concreta de cada sociedade”. Por isso, o mesmo autor refere que “ (...) não é fácil delinear conclusões definitivas e universais, passíveis de transposições mecânicas” (idem: 264). Neste sentido, não foi pretensão da presente tese esgotar o debate acerca das políticas públicas de enfrentamento do HIV/AIDS, apenas contribuir para este debate, através da investigação aqui apresentada. Deste modo, respondendo em poucos parágrafos e numa perspectiva neoinstitucionalista à questão norteadora “como é que em países sujeitos à mesma influência internacional, possuidores de Programas Nacionais de combate ao HIV/AIDS e grupos de interesse institucionalmente constituídos, apresentam tendências distintas na taxa estimada de prevalência do HIV na população adulta?”, a presente tese demonstrou, a partir da fundamentação teórica, da apresentação de hipóteses e da metodologia proposta, como os principais valores e pressupostos que constam dos princípios norteadores das políticas nacionais de saúde no Brasil e em Portugal foram institucionalizados de modo distinto nos PNA de cada país, durante a década em análise.

E, conseqüentemente, como esta institucionalização de valores influenciou a relação dos PNA brasileiro e português com os grupos de interesse institucionalmente constituídos. Percebeu-se, desde a análise comparada dos relatórios de vigilância epidemiológica de ambos os países e das previsões do UNAIDS acerca das taxas de estimadas de HIV/AIDS na população adulta nestes países, que apresentam tendências distintas para este indicador. Demonstrou-se haver uma clara tendência de aumento em Portugal e de queda no Brasil. Enquanto no Brasil, ao longo da década, houve esforços no sentido de contemplar demandas, sugestões e intervenções das organizações da sociedade civil na políticas de combate ao HIV, reforçando assim os pressupostos do SUS de participação e controle social. Em Portugal apenas tardiamente, no final da década, é que a participação social passa a ser legitimada, com a criação do Fórum Nacional da Sociedade Civil.

Fato é que os pressupostos do SUS foram facilmente identificados nas ações do PNA brasileiro, enquanto os pressupostos do SNS não o são nas ações do PNA português. Deste modo conclui-se que a distinta forma de institucionalização dos valores das políticas nacionais de saúde condicionam a ação dos PNA junto aos grupos de interesse. Sendo colaborativa no caso brasileiro, em que o pressuposto da participação social esta institucionalizado deste o surgimento desta política pública. E competitiva no caso português, onde este pressuposto foi legitimado em função da influência externa da UE, e não como

consequência da institucionalização deste valor ou da pressão exercida pelos grupos de interesse.

Não apenas em relação a ação junto dos grupos de interesse institucionalmente constituídos cada PNA teve ação diferente. Em relação à influência externa das Metas da UNGASS o processo também se deu de modo distinto. Enquanto o Brasil influenciou a elaboração das Metas, mas efetivou intervenções em função do perfil da epidemia no próprio país, e não necessariamente em função das Metas propostas. Em Portugal, as Metas da UNGASS sempre constaram nos planos plurianuais do PNA, apesar de, na opinião dos grupos de interesse, apenas constarem nos documentos mas não serem efetivadas, sobretudo em relação a participação da sociedade civil na implementação de estratégias de prevenção ao HIV/AIDS. Entretanto, percebeu-se que a principal influência internacional sobre o PNA português provem da UE e não das Metas da UNGASS.

Em outras, e poucas palavras, conclui-se que distintas formas de institucionalização dos valores e pressupostos das políticas nacionais de saúde condicionam as estratégias de implementação das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS e isto, conseqüentemente, também condiciona a relação entre o Programa Nacional de cada país e os respectivos grupos de interesse, influenciando diretamente, mas não exclusivamente, nos resultados destas políticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABPI (2007), *Licenciamento Compulsório: fatos e mitos*, Boletim nº 85, Maio, Associação Brasileira de Propriedade Intelectual.
- ABRAÇO (2010), *Crônicas de um vírus: aparecimento e evolução do HIV/SIDA 1930-2010*, ABRAÇO, Lisboa.
- Almeida, C. M. (1999), *Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 4 (2):263-286.
- Amendoeiro, J. (2009), *Políticas de Saúde em Portugal e Desigualdades*. Seminários Temáticos Políticas Públicas e Desigualdades. Escola de Enfermagem, Instituto Politécnico de Santarém e CesNova, FCSH, UNL. Disponível em: <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/86/1/Pol%C3%ADticas%20de%20sa%C3%BAde%20em%20Portugal%20e%20desigualdades.pdf>
- Arnquist, S.; Ellner, A. e Weintraub, R. (2011), *HIV/AIDS no Brasil: provimento de prevenção em um sistema descentralizado de saúde*. In: Questões relativas à Provisão Universal de saúde. Global Health Delivery - 018 Abril, 2011,
- Arretche, M. (2003), *Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia*. Ciência e saúde coletiva: vol.8, n.2, pp. 331-345. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232003000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Baptista, T. W. F.; Machado, C.V.; Lima, L.D. (2009), *Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes*. Revista Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.14, May/June, 2009. Disponível em: www.scielosp.org/scielo.
- Barata, R. B. (2013), *Epidemiologia e políticas públicas*. Revista Brasileira de Epidemiologia; 16(1): 3-17.
- Barbosa Jr, A. e Cortês, J.R organizadores (2006), *Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas em HIV/AIDS UNGASS – HIV/AIDS. Resposta Brasileira 2001/2005. Programa Nacional de DST e AIDS*. Brasília:2006.
- Barbosa, J. (2009), *A emergência da redução de danos em Portugal: da «clandestinidade» à legitimação política*. Revista Toxicodependências. Edição IDT. Volume 15: 1, pp. 33-42
- Barreto M.L. (1998), *Por uma epidemiologia da saúde coletiva*. Revista Brasileira de Epidemiologia;1(2): 104-30.
- Barreto, M.L. (2002), *Papel da Epidemiologia no desenvolvimento do SUS no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas*. Revista Brasileira de Epidemiologia; 5(S1): 4-16.
- Barros, P. P. (2002), *Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português*. Dissertação de Doutoramento. Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <http://www.dge.ubi.pt/aalmeida/Gestao-medicina-11-12/BARROS-2002.pdf>
- Bastos, C. (2002), *Ciência, Poder, Acção: As Respostas à SIDA.*, Imprensa de Ciências Sociais: Lisboa

- Baumgartner, F.R. e Jones, B.D. (1993), *Agendas and instability in American politics*. Chicago and London: The University of Chicago Press. Citado in: Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, S. F., Brugha, R. e Gilson (2007), L. 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. Paper presented to a Workshop on Health Policy Analysis, London, 21–22 May 2007. Disponível em: <http://heapol.oxfordjournals.org>
- Bava, S. C. (2001), As ONGs e a opinião pública. Folha de São Paulo, São Paulo, 27 nov. p. A-3. In: Santos, H. (2002a) Grupos de Interesse e Redes de Políticas Públicas: uma análise de formação da política industrial. *Civitas – Revista de Ciências Sociais*. Ano 2, n1, Junho 2002: 193-210.
- Bermudez, J.; Oliveira, M. e Oliveira, E. (2004), Expanding Access to Essential Medicines in Brazil: Recent Regulation and Public Policies. In: FIOCRUZ; WHO. Intellectual property in the context of the WTO Trips agreement: challenges for public health. Rio de Janeiro, 2004.
- Bernardo, N (coordenador) (2005), O VIH/SIDA e sua repercussão no meio laboral português. Enquadramento ao Sistema Jurídico Nacional e Agnição das Normas Internacionais de Carácter Geral. In: Meliço-Silvestre, A. (coordenador) (2005), *Plataforma Laboral Contra a SIDA. A resposta do meio laboral ao VIH/SIDA*. CNLCS. Maio/2005: Lisboa, pp: 41-113.
- Beyme, K. V. (1985), *Interessengruppen in der Demokratie*. R Piper: München.
- Bliss, K., Buss, P. e Rosenberg, F. (2012), *New Approaches to Global Health Cooperation - perspectives from Brazil*. Brasil: Ministério da Saúde/Fiocruz; Washington, D.C: Center for Strategic and International Studies, set. Disponível em: http://csis.org/files/publication/120927_Bliss_NewApproachesBrazil_Web.pdf
- Borzel, T. (2001), *States and Regions in the European Union: Institutional Adaptation in Germany and Spain*. Cambridge: University Press.
- Borzel, T., e Risse, T (2000), *When Europe Hits Home: Europeanization and Domestic Change*. European Integration Online Papers, vol. 4, Nº 15, 2000. Disponível em: <http://www.eiop.or.at/eiop/texte/2000-015a.htm>
- Braithwaite, J. e Drahos, P. (2000), *Global Business Regulation*. New York: Cambridge University Press. Ch. 7, pp. 39-87
- Branco, A. G., e Ramos, V. (2001), Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5-12. Disponível em: <https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-01-2001.pdf>
- Brandt, A.(2013), *How AIDS Invented Global Health*. The New England Journal of Medicine, n. 368, p. 2149-2152, 06 jun. Disponível em: http://www3.med.unipmn.it/papers/2013/NEJM/2013-066_nejm/nejmp1305297.pdf
- Buse, K., Mays, N. e Walt, G. (2005), *Making health policy*. Milton Keynes, UK:Open University Press.
- Campos, A. C. (1983), *Saúde, o Custo de um Valor sem Preço*, Lisboa, Edições Portuguesas de Livros Técnicos e Científicos.
- Campos, A. C. (2007) Prefácio. In: Portugal (2007), *Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia - Programa da Saúde Ministério da Saúde*. Edição Grupo de Projecto do Ministério da Saúde para a Presidência Portuguesa do Conselho da UE (Desp. Conjunto 1972/2007, de 11 de Janeiro), Data de edição Julho de 2007: Lisboa. Disponível em: <http://www.eu2007.min-saude.pt>

- Campos, T. C. (2007) *A licença compulsória de medicamentos como política pública de saúde*. Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo: V102, p 759-796. Jun/dez. São Paulo.
- Carrara, S. A AIDS e a história das doenças venéreas no Brasil. In: PARKER et al. (org.), *A AIDS no Brasil (1982-1992)*, Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- Carrara, S. e Moraes, C. (1987), *Um vírus só não faz doença*. Cad Inst Med Social; 9(1):96-112
- Carrara, S. (1996), *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 339p.
- Cassier, M. e Corrêa, M. (2009), *Éloge de la copie: le reverse engineering des antirétroviraux contre le HIV/SIDA dans les laboratoires pharmaceutiques brésiliens*. Sciences sociales et santé, v. 27, n. 3, p. 77-103. Disponível em: <http://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2009-3-page-77.htm>
- Castro, M. T.B (2013) *Licenciamento Compulsório no Brasil: instituições e políticas*. Rio de Janeiro, 2013. tese (Doutorado em políticas públicas, Estratégias e Desenvolvimento) ± Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013
- Chan, M. (2007), *The Who agenda*. Disponível em: www.who.int
- Chaves, G. C (2006), *Patentes Farmacêuticas: Por que dificultam o acesso a medicamentos?* Rio de Janeiro: ABIA, 2006.
- Chaves, G. C; Vieira, M.F. e Reis, R. (2008) *Acesso a Medicamentos e Propriedade Intelectual no Brasil: Reflexões e Estratégias da Sociedade Civil*. SUR – Revista Internacional de Direitos Humanos, São Paulo, a. 5, n. 8, 2008. P. 170 a 198.
- Chaves, J.V. e Ribeiro, J.A.C. (2012) *Gasto Social Federal: uma análise da execução orçamentária de 2011*. Nota técnica n. 13, Brasília: IPEA, 2012
- Chequer, P.; Teixeira, P.; Grangeiro, A (2013), *AIDS: entre a ousadia e o retrocesso*. O Estado de S. Paulo, São Paulo, 12 jun. 2013. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,AIDS-entre-a-ousadia-e-o-retrocesso,1041526.0.htm>
- Cohen, J.L. e Arato, A. (2000), *Sociedad civil y teoria política*. Fondo de Cultura Económica, México. In: Ramos, S. (2004) *O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a AIDS, a saúde da mulher e a saúde mental*. Ciência e Saúde Coletiva, 9(4): 1067-1078.
- Cohen, M.S. et al (2011), *Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy*. New England Journal of Medicine; 365:493–505.
- Cordeiro, H. (2004) *O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS*. Physis. 14(2):343-62.
- Corrêa, S.; Pimenta, C.; Maksud, I.; Deminicis, S. e Olivar, J.M. (2011) *Sexualidade e Desenvolvimento: A política brasileira de resposta ao HIV/AIDS entre profissionais do sexo*. Relatório de Pesquisa. ABIA: Rio de Janeiro.
- Corrês, M. e Cassier, M. (2010) *AIDS e Saúde Pública: Contribuições à Reflexão sobre uma Nova Economia política do Medicamento no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2010. 242 p.
- Costa, E. M. (2001), *Redução de danos: preconceitos, obstáculos, justificação*. Revista Toxicodependências, 7 (3), pp. 53 – 58.
- Costa, T. D (2011), *AIDS, Movimentos Sociais e Educação Popular*. Revista Lugares de Educação, Bananeiras, v. 1, n. 1, p. 24-34, jan.-jun. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rle>
- CPLP e UNAIDS (2009), *Epidemia de HIV e AIDS nos países de língua oficial portuguesa*. Lisboa

- Crisóstomo, S.F.G.G. (2009), *O envolvimento das pessoas que vivem com HIV/SIDA nas políticas públicas de saúde*. Dissertação de mestrado em “Desenvolvimento, Diversidades, Locais e Desafios Mundiais: Análise e Gestão”. Departamento de Sociologia do ISCTE-IUL. Dezembro, 2009: Lisboa.
- Dalman, E. (2013), *Educação Expressiva com Médicos Atividades Expressivas para o Manejo Clínico de Pessoas que Vivem com HIV*. In: Dalman, E., Ferraz, M. (coordenadores) (2013), *Saúde em Expressão*. Coleção Terapias em Expressão, Vol 4. Editora Tutitirév: Venda do Pinheiro.
- DGAEP – Direção Geral da Administração e do Emprego Público (2013), *Análise da evolução das estruturas da administração pública central portuguesa decorrente do PRACE e do PREMAC*. DGAEP: Fevereiro de 2013.
- DGS (2001), *Rede Referência Hospitalar de Infecologia*. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Direção de serviços de Planeamento, Lisboa.
- DGS (2012), *Retrospectiva*. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional para a Infecção do HIV/SIDA. Disponível em: <http://pnvihSIDA.dgs.pt/estrutura111/breve-historial1.aspx>
- Diniz, A. (Coordenador) (2012), *Recomendações Portuguesas para o tratamento da infeção por VIH-1 e VIH-2 2012*. Programa Nacional para Infecção VIH/SIDA. Ministerio da Saúde. Disponível em: <http://pnvihSIDA.dgs.pt/informacao-tecnica-e-cientifica111/recomendacoes-nacionais-/recomendacoes-portuguesas-para-o-tratamento-da-infecao-por-vih-1-e-vih-2-2012-versao-201.aspx>
- Doka, K. (1997), *AIDS, Fear and Society: Challenging the Dreaded Disease*. Taylor & Francis: Washington.
- Eira, A. A. (2010), *A Saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados*. Tese de Mestrado em Economia. Faculdade de Economia da Universidade do Porto.
- Elias, F.L.F. (2009), *Patente de Medicamento: A questão do licenciamento compulsório do Efavirenz*. Revista Eletrônica de Direito Internacional. Vol.4. Belo Horizonte: CEDIN, 2009. Pg. 336–361. Disponível em: www.cedin.com.br/revistaeletronica
- Escohotado, A. (1996), *Aprendiendo de las drogas*. Editorial Anagrama: Barcelona
- Faria, C. A. P. (2003), *Ideias, Conhecimentos e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes*. Revista Brasileira de Ciências Sociais – Vol. 18, Nº 51, pp. 21-29.
- Faria, C. A. P. (2005), *A Política da Avaliação das políticas públicas*. Revista Brasileira de Ciências Sociais – Vol. 20, Nº 59, pp. 98-109.
- Faveret P e Oliveira PJ (1990), *A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde*. Planejamento e políticas públicas 3:139-162.
- Fernandes, F.M.B., Ribeiro, J.M., Moreira, M.R. (2011), *Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil*. Caderno de saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(9), 1667-1677.
- Fernandes, L. e Ribeiro, C. (2002), *Redução de riscos, estilos de vida Junkie e controlo social*. Sociologia, Problemas e Práticas, 39, pp.57 – 68.
- Ferreira, N. S. P. e Pacheco, J. A. (2009), *As políticas de formação de pesquisadores: análise comparativa (Brasil-Portugal) em contextos de programas de pós-graduação*. Ensaio: aval. pol. públ. Educ., Rio de Janeiro, v. 17, n. 65, p. 719-728, out./dez.

- Fonseca, E. M. da, Nunn, A. Souza-Junior, P. B., Bastos, F. I. , Ribeiro, J. M. (2007), Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. In Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(9):2134-2144, set, 20
- Fonseca, E. M. da, Ribeiro, J. M., Bertoni, N e Bastos, F. I. (2006), *Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs* Caderno de saúde Pública, vol.22, n.4, pp. 761-770. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-311X2006000400015&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Fonseca, E. M.; Ribeiro, J.M; Bertoni, N. e Bastos, F. I. (2006), Fórum UNGASS Brasil. *Monitoramento da UNGASS. Olhar da Sociedade Civil sobre Acesso a Tratamento*. Disponível em: [http://www.redegapa.org.br/bibliote-a/Artigos/O olhar da sociedade civil sobre Acesso ao tratamento Antiretroviral no Brasil.doc](http://www.redegapa.org.br/bibliote-a/Artigos/O%20olhar%20da%20sociedade%20civil%20sobre%20Acesso%20ao%20tratamento%20Antiretroviral%20no%20Brasil.doc)
- Fonseca, M. G. e Bastos, F. I. (2007) Vinte e cinco anos da epidemia de HIV e AIDS no Brasil: principais achados epidemiológicos, 1980-2005. Cad. Saúde Pública, v. 23, n. 3, p. 333-343, 2007.
- Frey, K. (2000), *Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil*. Revista Planejamento e políticas públicas, nº 21, pp. 211-259.
- Galvão, J. (2000), AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Editora 38:Rio de Janeiro.
- Galvão, J. (2002), *1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no Mundo*. Coleção ABIA: políticas públicas (2): Rio de Janeiro.
- Galvão, J. (2002a), *Política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou direito?* Caderno de saúde Pública, 18(1);213-219: Rio de Janeiro.
- Gilson L, Raphaely N. (2007), *The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of the literature 1994–2005*. Paper presented to a Workshop on Health Policy Analysis, London, 21–22 May 2007. Disponível em: <http://heapol.oxfordjournals.org>
- Girard, F. (2004), Global Implications of U.S Domestic and International Policies on Sexuality, Sexuality Policy Watch. Disponível em: <http://www.sxpolitics.org>
- Grangeiro, A., Escuder, M.M.L., Silva, S.R., Cervantes, V., Teixeira, P.R. (2012), *Características da Resposta à AIDS de Secretarias de saúde, no Contexto da Política de Incentiva do Ministério da Saúde*. Saúde e Sociedade, vol.21 no.4: São Paulo Oct./Dec. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000400014>
- Grangeiro, A., Silva, L. L. da, e Teixeira, P. R. (2009), *Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitaria*. In: Revista Panamericana de Salud Publica. Vol 26(1): 87-94.
- Greenwald, G. (2009) *Drug decriminalization in Portugal. Lessons for creating fair and successful drugs police*. Cato Institute: Washington.
- Grego, D.B e Simão, M (2007) *Brazilian policy of universal access to AIDS treatment: sustainability challenges and perspectives*. AIDS, v.21, n4, p37-45.
- Grindle, M. (1980), *Policy content and context in implementation*. In: Viana, A. L. (1996) *Abordagens Metodológicas em políticas públicas*. In: Revista de Administração Pública, v.30, n.2, Rio de Janeiro, p.5-43.
- Grindle, M., Thomas J. (1991), *Public choice and policy change*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

- Guarinieri, M.; Hollander, L. (2006), *From Denver to Dublin: the role of civil society in HIV treatment and control*. In S. Matic, J. V. Lazarus, M. C. Donoghoe (Eds.), *HIV/AIDS in Europe: Moving from death sentence to chronic disease management* (p. 86-100). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Guizardi, F.L. (2009), Do controle social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. *Trab.Educ.Saúde*, Rio de Janeiro, v.7 n.1, p.9-34, mar./jun.2009
- Hall, P. A. e Taylor, R. C.R. (1996), *Political Science and the Three New Institutionalisms*, *Political Studies*, n.º 44, pp. 936-957
- Hall, P. A. e Taylor, R. C. R. (2003), *As três versões do neo-institucionalismo*. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, (58), pp. 193-223. Disponível em: <http://chenry.webhost.utexas.edu/core/Course%20Materials/Hall%26TaylorPolStuds/9705162186.pdf>
- Hartmann, J. (1985), *Verbände in der westlichen Industriegesellschaft*. Frankfurt am Main: Campus.
- In Santos, H. (2002) *Grupos de Interesse e Redes de políticas públicas: uma análise de formação da política industrial*. *Civitas – Revista de Ciências Sociais*. Ano 2, n1, Junho 2002: 193-210.
- Hecht, F., et al.(1999) *Optimizing care for persons with HIV infection*. *Annals of Internal Medicine*
- Heimer, C. (2007), *Old inequalities, new disease: HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*, *Annual Review of Sociology*, Vol. 33, 551-577.
- Hogwood G, Gunn L. (1984), *Policy analysis for the real world*. Oxford:Oxford University Press.
- Immergut, E. M. (1990), *Veto Points, and Policy Results: A comparative Analysis of Health Care*. *Journal of Public Policy* , 391-416.
- Immergut, E. M. (1992), *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*. Cambridge: University Press.
- Immergut, E. M. (1998), *O Núcleo Teórico do Novo Institucionalismo*. In Saravia, E. e Ferrarezi, E. (2007), *políticas públicas – Coletânea Volume 1*, p.159-160.
- Keck, M.E., Sikkink, K. (1998), *Activists beyond borders*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Klein C, Galvão J, Terto V Jr, Parker R.(2001) *A Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS: um histórico institucional*. In: Parker R, Terto V Jr, organizadores. *Solidariedade: a ABIA na virada do milênio*. Rio de Janeiro: ABIA; 2001.
- Knoepfel, P. (2011), *Public Policy Analysis*, The Policy Press: London.
- Lago, R.F. e Costa, N. R (2010), Dilemas da política de distribuição de medicamentos antirretrovirais no Brasil *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 15, núm. 3, novembro, 2010, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. P. 3529-3540
- Lee K, Lush L, Walt G, Cleland J. (1998), *Family planning policies and programmes in eight low-income countries: a comparative policy analysis*. *Social Science and Medicine* 47: 949-59.
- Leite, S. (coord.), Flexor, G.; Medeiros, L.; Delgado, N.G.; Maluf, R. (2006), *Avaliando a gestão de políticas agrícolas no Brasil: uma ênfase no papel dos policymakers*. Rio de Janeiro: CPDA/UFRRJ – CNPq.
- Levcovitz, E; Lima, L; e Machado, C. (2001), *Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas*. *Revista Ciência & saúde coletiva*, São Paulo, v. 6, n 2, p269-293. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>
- Lijphart, A. (1971), *Comparative politics and the comparative method*. *American Political Science Review*. V. 65
- Lindblom, C., (1981), *O processo decisório*. Brasília: Editora Unb.

- Lopes, A. (2000), *Organizações não governamentais, políticas sociais e desenvolvimento organizacional: welfare mixes em Portugal no domínio da luta contra o HIV/SIDA*. Livro de Actas da Conferência Nacional Sociedade Portuguesa: Passados Recentes, Futuros Próximos. Associação Portuguesa de Sociologia: Lisboa. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/25414>
- Lopes, A. (2001), *Lógicas do terceiro sector português na gestão do complexo VIH/SIDA*, Revista Crítica de Ciências Sociais, Vol. 61, 169-206.
- Lowi, T. (1972), *Four Systems of Policy, Politics and Choice*. Public Administration Review, 32: 298-310. Citado in: Souza, Celina. (2006), políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias nº. 16, pp. 20-45. [consultado em 25-03-2013] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151745222006000200003&lng=pt&nrm=iso&userID=-2
- Magalhães, R. e Bodstein, R. (2009), *Avaliação de Iniciativas e programas intersectoriais em saúde: desafios e aprendizados*. Ciência & Saúde Coletiva, 14 (3), pp. 861-868.
- Mane, P. e Aggleton, P (2001), *Gender and HIV/AIDS: what do men have to do with it?*, Current Sociology, Vol. 49 (6), 23-37.
- Mansinho, K. (2010), *Prefácio*. In: Abraço (2010), *Crónicas de um vírus: aparecimento e evolução do HIV/SIDA 1930-2010*. ABRAÇO: Lisboa.
- Manso, H. I. S (2013), *Fatores que foram determinantes para a melhoria do nível de saúde em Portugal*. Monografia apresentada para obtenção de grau de Mestrado em Ciências Farmacêuticas. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde. Junho de 2013: Lisboa.
- Marks, J.S. (2009), *Epidemiology, public health and public policy*. Preventing Chronic Disease. Public health research, practice and policy; 6(4). Disponível em: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/oct/09_0110.htm
- Marks, J.S. (2009), *Epidemiology, public health and public policy*. Preventing Chronic Disease. Public health research, practice and policy; 6(4). Disponível em: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/oct/09_0110.htm
- Marsh, D (1998), *Comparing policy networks*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Marsh, D. e Rhodes, R.A.W., (1992), *Policy networks in British government*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Matias-Pereira, J. (2008) *Administração Pública Comparada: uma avaliação das reformas administrativas do Brasil, EUA e União Européia*. Revista de Administração Pública – Rio de Janeiro, 42(1):61-82, JAN./FEV. 2008
- Matias-Pereira, J. (2008) *Administração Pública Comparada: uma avaliação das reformas administrativas do Brasil, EUA e União Européia*. Revista de Administração Pública – Rio de Janeiro, 42(1):61-82, JAN./FEV. 2008
- Matic, S. et al. (orgs.) (2008), *Progress on Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*, Copenhaga, WHO Regional Office for Europe.
- Maticka-Tyndale, E. (2001) *Twenty years in the AIDS pandemic: a place for Sociology*. Current Sociology, Vol. 49 (6), 13-21.
- Mattos, R. A. de (2001), *As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 6(2): 377-389.

- Mattos, R. A. de (2008), *As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 6(2): 377-389.
- Medeiros, J. J. (2012), *Empreendedores de políticas públicas na implementação de programas governamentais*. Revista de Administração Pública. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v46n5/a04v46n5.pdf>
- Meliço-Silvestre, A. (coordenador) (2005), *Plataforma Laboral Contra a SIDA. A resposta do meio laboral ao VIH/SIDA*. CNLCS. Maio/2005: Lisboa.
- Mello, M. A. (1999), *Estado, governo e políticas públicas*. In Miceli, S. (org.) O que ler na ciência social brasileira (1970-1995), Ciência Política. Vol.3: São Paulo/Brasília, Sumaré/Anpocs/Capes, pp. 59-100.
- Mendes, E. V.(1993), *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema de saúde*. Hucitec: São Paulo.
- Mendonça;P. M. E, Alves, M. A. e Campos, L. C.; (2010), *Empreendedorismo institucional na emergência do campo de políticas públicas em HIV/AIDS no Brasil*. RAE electron. vol.9 no.1 São Paulo Jan./June 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-56482010000100007>
- Meter, K. V. (2001), *Managing a plague: channelling the "spread" of AIDS research*, Current Sociology, Vol. 49 (6), 57-65
- Moysés, S. J., Moysés, S. T., Krempel, M. C. (2004), *Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba*. Ciência e Saúde Coletiva, 9(3): 627-641
- Negreiros, J. (2002), *Estimativa da prevalência e padrões de consumo problemático de drogas em Portugal*. Relatório apresentado ao Instituto Português da Droga e Toxicodependência. Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Centro de Investigação em Psicologia do Comportamento Desviante e Saúde. Julho de 2002. Disponível em: www.idt.pt
- Nilo, A., Grangeiro, A. e Veloso, C. coordenadores (2006), *Monitoramento do Cumprimento das Metas e dos Compromissos previstos na Declaração sobre HIV e AIDS das Nações Unidas adotadas pelo Brasil*. In: Barbosa Jr, A. e Cortês, J.R organizadores (2006), Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas em HIV/AIDS UNGASS – HIV/AIDS. Resposta Brasileira 2001/2005. Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília (115-142),
- Nogueira, T. S. (2013), *"Licenciamento compulsório e acesso ao tratamento do HIV/AIDS no Brasil*. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica Biblioteca de saúde Pública: Brasília.
- North, D.(1991), *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge:Cambridge University Press, 1991. p. 3-26.
- O'Donnel, G. (1991), *Democracia Delegativa?* In: Novos Estudos. N.31, São Paulo: CEBRAP, p. 25-40.
- Oliveira, J.A.P. (2006), *Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas*. Revista de Administração Pública: Rio de Janeiro, 40(1):273-288.
- OPSS (2003), *Evolução do Sistema de Saúde*. Artigo. Rede de Investigadores do Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Disponível em: <http://www.observaport.org/node/141>

- Paiva, M.S. e Amâncio, L. (2004), *Implicações das representações sociais na vulnerabilidade de gênero para sida/aids entre jovens universitários: estudo comparativo Brasil-Portugal*. In VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra 16, 17 e 18 de Setembro de 2004.
- Parker, R e Camargo, K. (2000), *Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos*, Cadernos de Saúde Pública, Vol. 16 (Sup. 1), 89-102.
- Parker, R. G. (2009), *Civil society, political mobilization, and the impact of HIV scale-up on health systems in Brazil*. J Acquir Immune Defic. Syndr, v. 52, n. 1, p. 49-51, nov. 2009
- Patrício, L. (2002), *Droga para que se saiba*. Livraria Figueirinhas:Lisboa.
- Paulus Jr, A. e Cordoni Jr, L. (2006), *Políticas públicas de saúde no Brasil*. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006. Disponível em: www.ccs.uel.br/espacoparasaude
- Pereira, A. J. (2010), *A sociedade civil organizada no Enfrentamento da AIDS no Município de São Paulo*. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo no Mestrado em Ciências, 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-23062010-094333/pt-br.php>
- Pereira, A. J. e Nichiata, L.Y.I. (2011), *A sociedade civil contra a AIDS: demandas coletivas e políticas públicas*. Ciência & Saúde Coletiva, 16(7):3249-3257.
- Pierson, P. (1994), *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the politics of Retrenchment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Prittitz, V. v.(1994), *Politikanalyse*. Opladen: Leske + Budrich, in Frey, K. (2000), *políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil*. Revista Planejamento e políticas públicas, nº 21, pp. 211-259.
- Przeworski, A. e Tune, H. (1970), *The Logic in Comparative Social Inquiry*, New York: John Wiley & Sons
- Ragin, C. (1987), *The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*. Berkley: University of California.
- Ragin, C. (1994), *Constructing Social Research. The Unity and Diversity of Method*, Thousand Oaks, Pine Forge
- Ramos, S. (2004) *O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a AIDS, a saúde da mulher e a saúde mental*. Ciência e Saúde Coletiva, 9(4): 1067-1078.
- Ribeiro, F. B. e Sacramento, O. (2014), *Epidemia sem fronteiras: Acção global, políticas públicas e o trajecto da luta contra a SIDA em Portugal*. In: Martins, M.I.C. – et al (Organizadores) (2014), *Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas*. Centro de Investigação em Ciências Sociais (CICS-UM), Universidade do Minho, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; Fundação Oswaldo da Cruz- Fiocruz; pp 231-248: Portugal – Brasil.
- Rodrigues, I.M.C. (2012), *A Influência da nova Gestão Pública nas Instituições de Ensino Superior*. In: SILVESTRE, Hugo Consciência; ARAÚJO, Joaquim Filipe (Coord.), *Coletânea em administração pública*. Lisboa: escolar editora, 2012.
- Rodrigues, W. C.V. e Soler, O. (2009), *Licença Compulsória do Efavirenz no Brasil em 2007: contextualização*. Revista Panam Salud Publica. 2009;26(6):553–9.
- Sabatier, P.(1999), *Theories of the policy process*. Boulder: WestView Press.
- Sabatier, P., Jenkins, S.H.C. (1993), *Policy Change and learning: an advocacy coalition approach*. Westwview Press.

- Sampaio, J. e Araújo Jr, JL (2006), *Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em AIDS*. Revista Brasileira de saúde Materno- Infantil: Recife
- Santos, A. C. (2002), *Sexualidades politizadas: ativismo nas áreas da AIDS e da orientação sexual em Portugal*. Caderno de saúde Pública, 18 (3): 595-611, mai-jun. Rio de Janeiro.
- Santos, A. C. e Fontes, F. (1999), *Descobrimo o Arco-Íris: Identidades Homossexuais em Portugal*. Dissertação de Licenciatura, Coimbra: Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra. In: Santos, A. C. (2002), *Sexualidades politizadas: ativismo nas áreas da AIDS e da orientação sexual em Portugal*. Caderno de Saúde Pública, 18 (3): 595-611, mai-jun. Rio de Janeiro.
- Santos, G. C. G. (2009), *AIDS, Política e Sexualidade: refletindo sobre as respostas governamentais à AIDS na África do Sul e no Brasil*. Physis Revista de saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 [2]: 283-300, 2009
- Santos, H. (2002), *Grupos de Interesse e Redes de políticas públicas: uma análise de formação da política industrial*. Civitas – Revista de Ciências Sociais. Ano 2, n1, Junho 2002: 193-210.
- Santos, J.M. S. (2011), *Alteração do Paradigma da Gestão dos Cuidados da Pessoa vivendo com VIH: um modelo centrado nos cuidados de saúde primários*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Saúde. Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública. Fevereiro de 2009: Lisboa. Disponível em: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/6138/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Jacinta%20Santos.pdf>
- Saravia, E. (2006), *Introdução à Teoria da política pública*. In Saravia, E. e Ferrarezi, E. (2007), *políticas públicas – Coletânea Volume 1*, p.21-42.
- Sartori, G. (1994), *Comparación y método comparativo*. Em: Sartori, G.e Morlino, L. *La comparación en las ciencias sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Sarturi, C. A. (2013), *Os modelos de administração patrimonialista, burocrática e gerencial*. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/os-modelos-de-administra%C3%A7%C3%A3o-p%C3%BAblica-patrimonialista-buocr%C3%A1tica-e-gerencial>
- Simão, M. (2006), *Introdução Geral*. In: Barbosa Jr, A. e Cortês, J.R organizadores (2006), *Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas em HIV/AIDS UNGASS – HIV/AIDS. Resposta Brasileira 2001/2005*. Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília (7-8),
- Simão, M. e Barbosa, E. (2008), *UNGASS – Resposta Brasileira 2005-2007 Relatório de Progresso do País*. Brasília: Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância Epidemiológica.
- Simão, M.B.G e Barbosa, E.L. coordenadores (2010), *Metas e Compromissos assumidos pelos Estados- Membros na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/AIDS UNGASS – HIV/AIDS. Resposta Brasileira 2008-2009 Relatório de Progresso do País*. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais: Brasília.
- Singh, S.; Dunford, A.; Carter, Y.(2001), *Routine care of people with HIV infection and AIDS : should interested general practitioners take the lead?* British Journal of General Practice. 51 (Maio 2001) 399- 403.
- Souza L.E.P.F, Contandriopoulus A-P (2004), *O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias*. Caderno de saúde Pública; 20(2): 546-54.
- Souza, B.M.B et al. (2010), *A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica*. J Manag Prim Health Care 2010; 1(1):23-26

- Souza, C. (2006), *políticas públicas: uma revisão da literatura*. Sociologias nº. 16, pp. 20-45.
[consultado em 25-03-2013] Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151745222006000200003&lng=pt&nrm=iso&userID=-2
- Sposati, A. e Lobo, E. (1992), *Controle Social e Políticas de saúde*. Caderno de saúde Pública, Rio de Janeiro, 8 (4): 366-378 out/dez 1992.
- Stotz, E. N. e Araújo, J. W. G. (2004), *Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso*. Revista Saúde e Sociedade, vol 13, n2, p. 5-19, maio-agosto 2004.
- Subirats, J. (2001), *El análisis de las políticas públicas*. in *Debate: Políticas Publicas y Sociedad Civil Gac Sanit*. Disponível em: <http://www.elsevier.esel01/04/2011>
- Tanaka, O.Y., Escobar, E.M.A., Gimenez, A.S.M., Camargo, K.G., Lelli, C.L.S. e Yoshida, T.M. (1992), *Gerenciamento no setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil*. Revista de saúde Pública (26) 2:185-94
- Teixeira, P. R. (1997), *Políticas públicas em AIDS*. In: Parker, R. (ed.) *Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro. ABIA: 143-68.
- Teixeira, P.R. (2003), *Acesso universal a medicamentos para AIDS: a experiência do Brasil*. Divulgação em Saúde para debate, n. 27, p. 50-57, ago. 2003.
- Thacher, M. (1998), *The development of policy network analyses*. Journal of Theoretical Politics. 10: 389-416.
- Théret, B. (2003), *As instituições entre as estruturas e as ações*. Lua Nova. 58. 225-254. São Paulo.
- Thomas, C. (1993), *Understanding and comparing interest groups in Western democracies*. In: C. Thomas (org.), *First world interest groups*. Westport: Greenwood Press.
- UNAIDS (1999), *Da teoria à prática: por uma maior participação das pessoas vivendo com o HIV/AIDS ou por ele afetadas*. Centro de Informação da UNAIDS: Genebra.
- UNAIDS (2001), *Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. United Nations General Assembly, Special Session on HIV/AIDS: Geneve. Disponível em: www.unAIDS.org
- UNAIDS (2001a), *As Prisões e HIV/AIDS*, Centro de informação do UNAIDS: Genebra.
- UNAIDS (2005), *O UNAIDS e as Organizações Não Governamentais*. Centro de informação do UNAIDS: Genebra. Disponível em: www.unAIDS.org
- UNAIDS (2007), *World AIDS Day Report / 2007*. WHO: Geneve. Disponível em: www.unAIDS.org
- UNAIDS (2007a), *Diretrizes Práticas do UNAIDS para a Intensificação da Prevenção do HIV: Rumo ao Acesso Universal*. Centro de informação do UNAIDS: Genebra.
- UNAIDS (2008), *World AIDS Day Report / 2008*. WHO: Geneve. Disponível em: www.unAIDS.org
- UNAIDS (2011), *World AIDS Day Report / 2011*. WHO: Geneve. Disponível em: www.unAIDS.org
- UNAIDS (2012), *World AIDS Day Report / 2012*. Disponível em: www.unAIDS.org
- UNAIDS (2013), *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS – Regions & Countries/ Brazil e Portugal*. Disponível em: www.unAIDS.org/en/regionscountries/
- UNAIDS Brasil (2010), *A ONU e a resposta á AIDS no Brasil*. UNAIDS Brasil: Brasília.
- Veiga, B. G. A. (2007), *Participação Social e políticas públicas de Gestão das Águas: olhares sobre as experiências de Brasil, Portugal e França*. Tese de Doutorado. Centro de Desenvolvimento Sustentável. Universidade de Brasília: Brasília.

- Viana, A. L. (1996), *Abordagens Metodológicas em políticas públicas*. In: Revista de Administração Pública, v.30, n.2, Rio de Janeiro, p.5-43.
- Vieira, D.R; Machado, M.L.L.; Cervi, R.B.B. e Verdi, M.I.M (2013), *Participação, Cidadania e políticas públicas: a construção da saúde em espaços de organização popular*. Trab.Educ.Saúde,Rio de Janeiro,v.11 n.3,p.591-609,set./dez.2013
- Vila, R.A.D. (1999), *Formas de Influência das ONGs na Política Internacional Contemporânea*. Rev. Sociol. Polít., Curitiba, 12, jun. 1999, p. 21-33
- Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, S. F., Brugha, R. e Gilson (2007), L. *'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges*. Paper presented to a Workshop on Health Policy Analysis, London, 21–22 May 2007. Disponível em: <http://heapol.oxfordjournals.org>
- Wilson, G. K. (1992), American interest groups in comparative perspective. In: M. Petracca (org.), Interest groups transformed. Boulder: Westview Press.
- Wolfensohn JD (1997), O desafio da inclusão.Discurso apresentado à Assembléia dos Governadores em Hong- Kong, no dia 23 de setembro de 1997. Disponível em: www.worldbank.org/html/extdr/am97/jwsp978.htm

FONTES DE INFORMAÇÃO

Entrevistas

- Barros, H. (2014), Entrevista no âmbito da tese de Doutorado, via Skype.
- Chequer, P. (2014), Entrevista no âmbito da tese de Doutorado, Rio de Janeiro.
- Diniz, A. (2014), Entrevista no âmbito da tese de Doutorado, Lisboa.
- Grangeiro, A. (2014), Entrevista no âmbito da tese de Doutorado, São Paulo.
- Meliço-Silvestre, A. (2014), Entrevista no âmbito da tese de Doutorado, Coimbra.
- Mendão, L. e Silvério, P. (2014), Entrevista no âmbito da tese de Doutorado, Lisboa.
- Mesquita, F. (2014), Entrevista no âmbito da tese de Doutorado, Brasília.
- Parker, R. (2014), Entrevista no âmbito da tese de Doutorado, Rio de Janeiro.
- Simão, M. B. G (2014), Entrevista no âmbito da tese de Doutorado, via Skype.

Legislação brasileira

- Brasil (1985), Portaria nº 236, de 2 de maio de 1985, que dispõe sobre a criação do Programa Nacional de Controle de AIDS. Publicado em Diário Oficial em 2 de maio de 1985. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília.
- Brasil (1988), Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988, que estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências. Publicado em Diário Oficial da União, em 27 de janeiro de 1988. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília.

Brasil (1990a), Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Publicado em Diário Oficial [da República Federativa do Brasil] 20 de setembro 1990; Seção I, Pt. 1, p. 18055-59.

Brasil (1990b), Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Publicado em Diário Oficial da União, em 31 de dezembro de 1990.

Brasil (1991), Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991, que aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, sobre a nova política de financiamento do SUS. Publicado em Diário Oficial [da República Federativa do Brasil] 10 de janeiro 1991; Seção I, p. 641.

Brasil (1993), Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993, que estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica/SUS nº 01/93.

Brasil (1996a), Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996, que aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/96.

Brasil (1996b), Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Publicado em Diário Oficial da União, em 14 de novembro de 1996. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília.

Brasil (2000a), Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Publicado no Diário Oficial da União, de 14 de setembro de 2000. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília.

Brasil (2002b), Portaria nº 2.313/GM, de 19 de dezembro de 2002, que institui o Incentivo para Estados, Distrito Federal e Municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST e aprova as normas relativas a este. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília.

Brasil (2002c), Portaria nº 2.314/GM, de 20 de dezembro de 2002, que aprova a Norma Técnica – Incentivo HIV/AIDS e outras DST, nº 01/2002, constantes do anexo desta Portaria e que dela é parte integrante. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília.

Brasil (2003), Portaria nº 1.360, de 21 de julho de 2003, que dispõe sobre a criação do Grupo de Negociação de Antirretrovirais. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro, Brasília.

Brasil (2004), Portaria nº 1.679/GM, de 13 de agosto de 2004, que aprova normas relativas ao Sistema de Monitoramento da Política de incentivo no âmbito do Programa Nacional de DST e AIDS e dá outras providências. Publicado em Diário Oficial da União em 16 de agosto de 2004. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília.

Brasil (2005), Portaria nº 43, de 28 de setembro de 2005, que dispões acerca da Comissão Nacional de AIDS. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância Epidemiológico.

Brasil (2007a), Portaria nº 866 de 24 de abril de 2007. Ministério da Saúde, Gabinete de Ministros.

Brasil (2007b), Decreto-Lei nº 6.108, de 4 de maio de 2007. Publicado no Diário Oficial da União, de 5 de maio de 2007. Presidência da República. Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília.

Brasil (2009), Decreto-Lei nº 6.860, de 27 de maio de 2009. Publicado no Diário Oficial da União, de 28 de maio de 2009. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, Brasília.

Brasil (2012), *Constituição da República Federativa do Brasil*, Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nºs 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/1994, Câmara dos Deputados, Brasília, Edições Câmara.

Legislação portuguesa

Portugal (1979), Lei nº 56/79, de 15 de setembro, Diário da República nº 214, I Série, Assembleia da República, Lisboa.

Portugal (1985), Aviso nº 241/85, de 19 de outubro, Diário da República nº 241, II Série, Secretaria Geral do Ministério da Saúde, Lisboa.

Portugal (1990), Lei nº 48/90, de 24 de agosto, Diário da República nº 195, I Série, Assembleia da República, Lisboa.

Portugal (1993), Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de janeiro, Diário da República nº 12, I Série A, Ministério da Saúde, Lisboa.

Portugal (1996), Despacho 280/96, de 12 de outubro, Diário da República nº 237, II Série, Ministério da Saúde, Lisboa.

Portugal (1998a), Despacho Conjunto nº 686/98, de 8 de outubro, Diário da República nº 232, II Série, Ministérios da Educação, da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade e Secretário de Estado da Juventude, Lisboa.

Portugal (1998b), Despacho nº 3229/98, de 23 de fevereiro, Diário da República nº 45, II Série, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa.

Portugal (1999), Resolução do Conselho de Ministros nº 46/99, de 26 de maio, Diário da República nº 122, I Série B, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa.

Portugal (2000a), Lei nº 30/2000, de 29 de novembro, Diário da República nº 276, I Série A, Assembleia da República, Lisboa.

Portugal (2000b), Resolução do Conselho de Ministros nº 57/2000, de 11 de maio, Diário da República nº 109, II Série, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa.

Portugal (2001a), Despacho nº 10429/2001, de 18 de Maio, Diário da República nº 115, II Série, Ministério da Saúde, Lisboa.

Portugal (2001b), Resolução da Assembleia da República nº 54/2001, de 16 de julho, Diário da República nº 163, I Série A, Assembleia da República, Lisboa.

Portugal (2001c), Decreto-Lei nº 183/2001, de 21 de junho, Diário da República nº 142, I Série A, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa.

Portugal (2003a), Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de abril, Diário da República nº 78, I Série A, Ministério da Saúde, Lisboa.

Portugal (2003b), Resolução do Conselho de Ministros nº 121/2003, de 20 de agosto, Diário da República nº 191, I Série B, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa.

Portugal (2004), Despacho nº 12138/2004, de 22 de junho, Diário da República nº 145, II Série, Ministério da Saúde, Lisboa.

Portugal (2005a), *Constituição da República Portuguesa*. VII Revisão Constitucional 2005.

Portugal (2005b), Portaria nº 103/2005, de 25 de janeiro, Diário da República nº 17, I Série B, Ministério da Saúde, Lisboa.

Portugal (2005c), Decreto Regulamentar nº 7/2005 de 10 de agosto, Diário da República nº 153, I Série B, Ministério da Saúde, Lisboa.

Portugal (2007), Despacho nº 27504/2007, de 7 de dezembro, Diário da República nº 236, II Série, Ministério da Saúde, Lisboa.

Portugal (2009a), Despacho nº 22811/2009, de 15 de outubro, Diário da República nº 200, II Série, Ministério da Saúde, Lisboa.

Portugal (2009b), Despacho nº 19935/2009, de 2 de setembro, Diário da República nº 170, II Série, Ministérios dos Negócios Estrangeiros, da Defesa Nacional, da Administração Interna, da Justiça, da Economia e da Inovação, do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde, da Educação e da Ciência, da Tecnologia e Ensino Superior, Lisboa.

Portugal (2012), Despacho nº 404/2012, de 3 de janeiro, Diário da República nº 10, II Série, Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Lisboa.

Outras fontes de informação

ABIA (2012), *Relatório Global 2011*, Associação Interdisciplinar em AIDS, Rio de Janeiro. Disponível em: http://abiaids.org.br/?page_id=26179

Brasil (2010), *Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais*. Ministério da Saúde: Brasília. Disponível em: www.AIDS.gov.br

CNLCS (1993), *Plano Nacional de Luta Contra a SIDA*. Lisboa: Ministério da Saúde. In: Santos, A. C. (2002), *Sexualidades politizadas: ativismo nas áreas da AIDS e da orientação sexual em Portugal*. Caderno de Saúde Pública, 18(3): 595-611, mai-jun. Rio de Janeiro.

CNLCS (2002), *Estimativa do impacto do programa “Diz não a uma seringa em segunda mão” no risco de infeção por VIH/SIDA na população portuguesa de utilizadores de droga injectada: Estudo de Avaliação: Programa Troca de Seringas “Diz não a uma seringa em segunda mão”*, Lisboa: CNLCS.

CNLCS (2004), *Plano Nacional de Luta contra a SIDA – 2004-2006*. Lisboa: Ministério da Saúde.

CNSIDA (Coordenação Nacional para a Infeção HIV/SIDA) (2010), Campanhas de prevenção. Zona Multimédia. Ministério da Saúde: Lisboa. Disponível em: <http://SIDA.otos.tv>

CNSIDA, (2007), *Coordenação Nacional expõe cartazes na FIL*. Ministério da Saúde: Lisboa. Disponível em: <http://pnvihSIDA.dgs.pt/comunicacao-social/arquivo-de-noticias/2007/4-trimestre/coordenacao-nacional-expoe-cartazes-na-fil.aspx>

FNSC (Fórum Nacional da Sociedade Civil) (2007), Acta nº 1 do Fórum Nacional da Sociedade Civil para VIH/SIDA. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional para a Infeção do HIV/SIDA. Disponível em: <http://pnvihSIDA.dgs.pt/forum-nacional-da-sociedade-civil-vihSIDA11111/atas11.aspx?v=2a92a671-fd1f-4951-88ab-2fee78b55f3a>

FNCS (2008), Acta nº 2 do Fórum Nacional da Sociedade Civil para VIH/SIDA. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional para a Infeção do HIV/SIDA. Disponível em:
<http://pnvihSIDA.dgs.pt/forum-nacional-da-sociedade-civil-vihSIDA11111/atas11.aspx?v=2a92a671-fd1f-4951-88ab-2fee78b55f3a>

FNCS (2009), Actas nº 3, 4, 6 e 7 do Fórum Nacional da Sociedade Civil para VIH/SIDA. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional para a Infeção do HIV/SIDA. Disponível em:
<http://pnvihSIDA.dgs.pt/forum-nacional-da-sociedade-civil-vihSIDA11111/atas11.aspx?v=2a92a671-fd1f-4951-88ab-2fee78b55f3a>

FNCS (2010), Actas nº 8, 9, 10, 11, 12 e 13 do Fórum Nacional da Sociedade Civil para VIH/SIDA. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional para a Infeção do HIV/SIDA. Disponível em:
<http://pnvihSIDA.dgs.pt/forum-nacional-da-sociedade-civil-vihSIDA11111/atas11.aspx?v=2a92a671-fd1f-4951-88ab-2fee78b55f3a>

IBGE (2010), *Censos 2000-2010* Sinopse. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>

INE (2011), *Censos 2011*. Disponível em:
http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao

INSA, IP (2001), *Infeção HIV/SIDA: A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2001*. INSA: Lisboa

INSA, IP (2002), *Infeção HIV/SIDA: A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2002*. INSA: Lisboa

INSA, IP (2003), *Infeção HIV/SIDA: A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2003*. INSA: Lisboa

INSA, IP (2004), *Infeção HIV/SIDA: A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2004*. INSA: Lisboa

INSA, IP (2005), *Infeção HIV/SIDA: A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2005*. INSA: Lisboa

INSA, IP (2006), *Infeção HIV/SIDA: A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2006*. INSA: Lisboa

INSA, IP (2007), *Infeção HIV/SIDA: A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2007*. INSA: Lisboa

INSA, IP (2008), *Infeção HIV/SIDA: A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2008*. INSA: Lisboa

INSA, IP (2009), *Infeção HIV/SIDA: A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2009*. INSA: Lisboa

INSA, IP (2010), *Infeção HIV/SIDA: A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2010*. INSA: Lisboa

INSA, IP (2011), *Infeção HIV/SIDA: A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2011*. INSA: Lisboa

INSA, IP (2012), *Infeção HIV/SIDA: A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2012*. INSA: Lisboa

Ministério da Saúde - Portugal (2007), *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção HIV/AIDS 2007-2010*. Lisboa

Ministério da Saúde – Portugal (2010), *História do Serviço Nacional de Saúde*. Portal da Saúde. Disponível em::

<http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+d+o+sns/historiadosns.htm>

Ministério da Saúde – Portugal (2011), *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2011-2015*. Lisboa. Disponível em: www.aids.pt

Ministério da Saúde – Brasil (1987), *Anais da 8ª Conferência Nacional de saúde; 1986 mar 17-21*. Centro de Documentação do Ministério da Saúde: Brasília. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf_nac_anais.pdf

Ministério da Saúde – Brasil (2001), *Boletim Epidemiológico AIDS, ano XIV, nº2*. Coordenação Nacional de DST e AIDS: Brasília.

Ministério da Saúde (2002), *Norma técnica – incentivo do HIV/AIDS e outras DST; nº01/2002*. Disponível em: www.AIDS.gov.br/incentivo

Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia (2007), *Programa da Saúde Ministério da Saúde, Edição Grupo de Projecto do Ministério da Saúde para a Presidência Portuguesa do Conselho da UE (Despacho Conjunto nº 1972/2007, de 11 de Janeiro)*, Lisboa. Disponível em: <https://infoeuropa.euocid.pt/files/database/000038001-000039000/000038780.pdf>

SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências) (2014), *Política Portuguesa*. Governo de Portugal, Ministério da Saúde: Lisboa.

SVS (2000), *Boletim Epidemiológico para HIV/AIDS*. Ministério da Saúde do Brasil, de Dezembro/2000.

SVS (2001), *Boletim Epidemiológico para HIV/AIDS*. Ministério da Saúde do Brasil, de Dezembro/2001.

SVS (2002), *Boletim Epidemiológico para HIV/AIDS*. Ministério da Saúde do Brasil, de Dezembro/2002.

SVS (2003), *Boletim Epidemiológico para HIV/AIDS*. Ministério da Saúde do Brasil, de Dezembro/2003.

SVS (2004), *Boletim Epidemiológico para HIV/AIDS*. Ministério da Saúde do Brasil, de Dezembro/2004.

SVS (2005), *Boletim Epidemiológico para HIV/AIDS*. Ministério da Saúde do Brasil, de Dezembro/2005.

SVS (2006), *Boletim Epidemiológico para HIV/AIDS*. Ministério da Saúde do Brasil, de Dezembro/2006.

SVS (2007), *Boletim Epidemiológico para HIV/AIDS*. Ministério da Saúde do Brasil, de Dezembro/2007.

SVS (2008), *Boletim Epidemiológico para HIV/AIDS*. Ministério da Saúde do Brasil, de Dezembro/2008.

SVS (2009), *Boletim Epidemiológico para HIV/AIDS*. Ministério da Saúde do Brasil, de Dezembro/2009.

SVS (2010), *Boletim Epidemiológico para HIV/AIDS*. Ministério da Saúde do Brasil, de Dezembro/2010.

SVS (2011), *Boletim Epidemiológico para HIV/AIDS*. Ministério da Saúde do Brasil, de Dezembro/2011.

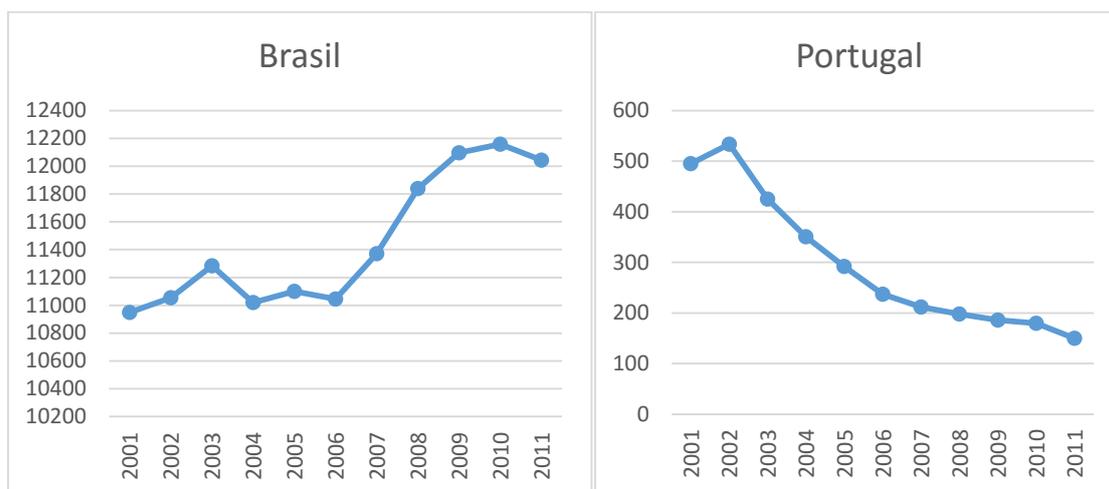
SVS (2012), *Boletim Epidemiológico para HIV/AIDS*. Ministério da Saúde do Brasil, de Dezembro/2012.

ANEXOS

A. Guião das Entrevistas

1. Como é que em países sujeitos à mesma pressão internacional (ambas são signatários das Metas da UNGASS), possuidores de Programas Nacionais de Controle do HIV/AIDS (com acesso universal ao tratamento) e grupos de interesse institucionalmente constituídos (como é o caso da ABIA e ABGLT, no Brasil e ABRAÇO e ILGA, em Portugal), apresentam tendências tão distintas na taxa estimada de prevalência do HIV na população adulta, entre 2001 e 2011, onde passou de 0,4% para 0,3% no Brasil e de 0,6% para 0,7% em Portugal, enquanto no mundo estabilizou em 0,8%, segundo o Global Report da UNAIDS, 2012?"
2. Como percebia as metas da ungass? Eram orientadoras, percebidas com pressão? Influenciavam na formulação e implementação da pp de combate ao HIV?
3. Como percebia acção da sociedade civil organizada junto ao PN em sua gestão? Como avalia a sociedade civil ao longo desta década? Como agiam entre si e junto ao PN? Era uma relação de colaboração, concorrência, hierárquica? Que instância de controle social identifica em seu período?
4. Uma diferença gritante em relação aos tóxicodependentes, usuários de drogas injetáveis, que aqui é uma parcela muito insignificante, que se mantém desde 2001, mantém uma tendência estável e baixa. E em Portugal, essa tendência que era quase 60% dos casos dos casos de Aids, passa agora, em 2012, pra 11, como foram percebidos em sua gestão? A que atribui esta diferença?
5. A vigilância epidemiológica em Portugal, ela contabiliza desde antes do ano 2000, portadores assintomáticos, complexos relacionados com a Aids, e de Aids. Quando eu vou buscar os boletins epidemiológicos brasileiros, só tem casos de Aids. Então eu acabei comparando a vigilância epidemiológica dos dois países em relação aos casos de Aids. O que acha desta diferença?
6. Sobre a hipótese de que o maior investimento em prevenção, no caso brasileiro e em tratamento no caso português justificam esta diferença na prevalência... o que acha disto?
7. O senhor tem alguma hipótese para o significativo aumento do número de mortes por AIDS na década em análise?

Evolução do número de óbitos por AIDS, por ano do óbito, Brasil e Portugal (2001 - 2011)



8. Como chegou ao Cargo? E, quais os momentos mais significativos nas PP de enfrentamento ao HIV/AIDS, em sua gestão? E ao longo da década?
9. Como avalia as Políticas Públicas de enfrentamento ao HIV/AIDS ao longo da primeira década deste milênio?
10. Como eram formuladas as políticas públicas de enfrentamento ao HIV em sua gestão? Top down, bottom up?

B. Transcrição das entrevistas com informantes privilegiados brasileiros e portugueses (ver CD)

Transcrições entrevistas com informantes-chave Brasil

Entrevista realizada em Brasília, com a Técnica Superior da UNAIDS Brasil, Dra. Maeve, no dia 24 de Abril, nas instalações da UNAIDS Brasil.

Entrevistada (E): (...) você vai ver que elas vão ter um intervalo em torno delas, elas vão ter um intervalo de confiança, né.

Questionador (Q): Sim.

E: Elas tem uma margem de erro. Então quando você fala de .3 ou .4 você não necessariamente está falando de diferenças. Aonde você tem uma grande diferença? Se você olha que prevalência é... lembrar de uma, é, não sei (pausa) Moçambique tá em que, em torno de 12, 10? Não sei, se você pegar um país da África subsariana onde você tem uma prevalência em torno de 10, 12 por cento, isso nunca é meio, né, essa diferença é gritante. De meio pra 10

Q: Pois é, pois é.

49s

E: Então mesmo com erros em torno dela, você sabe que elas não são diferentes. Assim como o Brasil, se você olha para a população de homens que fazem sexo com homens, ela tá em 10, 12 dependendo de como você corrige o erro.

Q: A incidência.

E: Não, a prevalência.

Q: Não, a prevalência mesmo. Já é 10 por cento da população (...).

E: Então, o que que é prevalência? É você pega...

Q: Prevalência é o número de casos acumulados, desde a altura do diagnóstico, em um período de tempo

E: ...você vai pegar todo mundo que vive com HIV dividido pela população.

Q: Exatamente.

E: Então tá, então você vai ter aí, no caso de homens que fazem sexo com homens em torno de 10, 12 por cento, dependendo de como você mexe com os dados. É muito diferente da população em geral, que é em torno de meio por cento.

Q: Pois é, pois é.

E: então, isso sim. Mas agora quando você vai comparar o que .4 contra .5 .6 1.3, pra um

epidemiologista isso não é diferente.

Q: Humm, então prum epidemiologista...

E: Para um epidemiologista ou um estatístico, né. Cê partiu de uma premissa de diferença que ela não existe.

Q: Então não justifica a diferença.

E: Então a outra coisa é você fazer realmente essas projeções de 10 anos, que é interessante.

Q: Sim.

E: Pro Brasil, tem estabilidade a prevalência, mesmo que ela seja .4 ou .6..

Q: Ok

E: Porque tá tudo dentro do intervalo.

Q: Então (...) quando eu vejo os boletins epidemiológicos, né, daquela década que sempre apontam na estima (estimativa?) se a prevalência é 0,6. Quando eu ascendo o programa nacional brasileiro esse ano, eles dizem, a prevalência estimada é 0,4. Não quer dizer que ela diminuiu nesse período, quer dizer que ela foi recalculada, que muito provavelmente já naquela época era 0,4.

E: Provavel. Agora o que que você tem. O UNAids vai colocar sempre colocar pra você um limite inferior e um limite superior, então quando a gente tá falando do número de pessoas vivendo...

Q: Uhum, exatamente, a prevalência (...)

E: ...né? você vai ter, no brasil, né, no relatório de 2003, pelo menos, de 43 mil a 52 mil pessoas vivendo, e vai, recalcula então 2012 de 53 pra 66.

Q: É, 530 mil para 660 mil.

E: Milhões. 43 milhões para 52 milhões de pessoas vivendo.

Q: Ah, é mesmo, não são 520 mil?

E: Não, isso em 2011. Em 2012 530 mil pra 660 mil

Q: Entre esse intervalo. Pode ser que sejam 550 mil e ponto final.

E: É, pode ser qualquer número entre 530 e 660

Q: É qualquer número entre esse intervalo, Ok.

E: Na realidade se você olhar o boletim do brasil de dois mil, do ano passado, de 2013

Q: De 2013, que eu não consegui.

E: Eles já estão falando de setecentos e... esqueci. Não, tá na internet.

Q: Talvez 760 mil, não é?

E: 760 mil. Então, assim, já tá fora, inclusive, do intervalo que UNAIDS coloca.

Q: Em 2013, também, a senhora também dá dados do relatório de 2013.

E: É, mas o 13 é referente a 12, entendeu? Então vai estar acima do que esse valor aqui.

Q: Então a gente tem muitos constrangimentos nessa política pública.

E: Não, eu acho que você tem que olhar número como tendência, e não como coisas absurdas.

Q: Como fato, né (...)

E: Não é assim, você não vai poder dizer que..., entendeu, é mais uma estimativa, é mais ou menos. Agora essa estimativa ela é robusta pra esse, pro país que tem por exemplo epidemia como o Brasil, concentrada e nanana... Isso vai mudar um pouquinho mas não vai mudar tanto. Ela não é comparável a, se você olhar uma epidemia como da África subsariana.

Q: Exatamente.

E: Aí sim, você está olhando cenários extremamente diferentes.

Q: E aquela prevalência estimada no mundo, de 0,8 é essa a estimativa hoje também, no mundo.

E: Essa é a mais comum, sabe, que você junta um monte de gente.

Q: É, e essa muito provavelmente se manteve em 0,8 no relatório de 2013.

E: (...) no geral. Deixa eu dar uma olhada

Q: Na realidade qual foi meu constrangimento em buscar o relatório da (?) UNAIDS de 2013, porque eu tô buscando, tô trabalhando com os dados dos países até 2012. Por isso quis buscar o relatório (?) UNAIDS de 2012.

E: Não, tá, tudo bem, não tem problema. Mas eles mudam.

Q: É isso eu notei, todo ano, é as prevalências vão sempre mudando.

E: É uma coisa que chamou a atenção é que você (...).

E: Então você tem global. O global continua 2008 a 2008 com intervalo de .7 pra .9

Q: Ok. Então intervalo de confiança, então, talvez de 0.8

E: É. Estimativa inferior e superior também é de intervalo de confiança. Mas issi continua a mesma coisa. E a tendência, a tendência da prevalência no mundo ainda a de aumentar.

Q: Pois é, por que as pessoas estão a viver mais, né, com a doença.

E: Tem mais tratamento, as pessoas morrem menos, diagnostica mais

Q: Exatamente.

E: Cê continua diagnosticando cada vez mais pessoas e elas vão morrendo menos. Então a tendência da prevalência é aumentar.

Q: Na próxima década seria aumentar.

E: Isso que a gente queria sempre ter a estimativa da incidência, né. O número de novas infecções

05min28

Q: (...) que dá melhores indicativos pra intervenção do estado, né, a incidência. (em) Que tipo de população eu devo intervir mais e melhor.

E: Isso que daí cê tem uma medida de tempo real.

Q: Exatamente. Este ano a maior parte das novas infecções são nesse tipo de população. Então eu percebo que o dado da incidência é útil, efetivo, pra política pública em sí, daquele ano e pro planejamento (planejamento?) de intervenções futuras

E: Sim, mas incidência de HIV. Incidência de Aids, que é o que o Brasil reporta não ajuda muito, por que assim, você está falando de Aids, então pessoas que (faz som indistinguível)...

Q: Pessoas que já estão doentes.

E: E agora com o tratamento, menos pessoas vão adoecer. Então, é, o indicador é diferente se você olhar o hiv, que são as novas infecções do vírus, e outra coisa é o adoecimento. O adoecimento tem outras...

Q: Dinâmicas.

E: Dinâmicas de acesso a serviços, acesso a tratamento, tempo que leva pra fazer o diagnóstico. Então cê tem outra, é uma outra questão. Então no brasil que a gente olha muito, né o departamento (...?) no último boletim. Começou a reportar, é você quebrar a faixa da população de 15 a 24...

Q: Ok, a população jovem

E: Pega a população bem jovem com... com aids com assim, um indicativo do que está acontecendo. Mas a gente não tem uma estimativa dessas no Brasil. São poucos os países que tem

essa estimativa de incidência do HIV.

Q: Pois é, exatamente isso. E eu lembro que o Brasil reporta muitas estimativas nos seu relatórios, nos seus boletins epidemiológicos, de incidências. A incidência na população de jovens gays.

E: Só de Aids.

Q: Pois é. De prevalência é muito difícil, né? Quem faz isso é o (?) unids

E: Não, então o Brasil reporta a prevalência pra população geral, (...) você tem duas, dois, maternidade pras mulheres e tem o estudo de conscritos que ajuda a dar aos homens que fazem a circuncisão, não sei se você conhece esse estudo de conscritos. Pras populações mais vulneráveis do Brasil, é, as populações chave, ouviu um único estudo em 2009 com dez municípios.

Q: Sim, que é o pcap(?). Prática de comportamentos de atitude.

E: A pcap não tem marcador biológico.

Q: Ah, ok. Você está falando mesmo de estudos de incidência, me desculpa.

E: É, de, de prevalência. Então de prevalência de HIV pras populações chave aconteceu só em 2009 com profissionais do sexo, viciados em drogas, e homens que fazem sexo com homens em 10 municípios em 2009. Ele vai ser repetido... agente está esperando que vai ser repetido agora em 2014, talvez 15. Mas você não tem duas medidas do tempo, então você não consegue olhar com que tá a tendência de prevalência do HIV nessas populações. Cê só tem um ponto no tempo.

Q: Exatamente, eu não posso usar esse dado. E outra coisa é: em Portugal não se faz isso.

E: Isso que eu vi também. Portugal não tem estudos de populações específicas. A epidemia de Portugal é mais, eu imagino que usuários de drogas tem um efeito grande.

Q: Isso exatamente. O dado que eu peguei assim como eu não tenho como comparar os suportes assintomáticos complexos relacionados com (...?), só pegar os casos de Aids, e o dado que eu tenho o mais significativa diferença, é na proporção de novos doentes de Aids toxicodependentes. Que no Brasil é estável, ao longo desses 10 anos. Em Portugal caiu drasticamente, então os novos casos de Aids em toxicodependentes em Portugal passa...

E: Não existia essa informação?

Q: No boletim epidemiológico...

E: Cê tá falando de drogas injetáveis, não né?

Q: O d i (?).

E: Não que, assim, o d i aqui no Brasil acabou, praticamente. Cê não tem mais transmissão entre

os di?

Q: É quase irrisório. É estável, sempre foi na realidade pelo que eu...

E: Não, era um número altíssimo na década de...

Q: Não, o que eu notei em 2001 e um e...

E: É porque praticamente não existe mais.

Q: É e ficou estável, né.

E: Mas está em níveis muito baixos.

Q: Muito baixos, exatamente.

E: A gente tem um crescimento é entre h e esse h (?). Então hoje a epidemia no Brasil ela é... ela tá concentrada na população de homens que fazem sexo com homens, e ela tem um aumento, a tendência tem um aumento em função de homens que fazem sexo com homens. Na população masculina aumenta também. Então todos aqueles parâmetros que a gente tinha na década de 90 (...) interiorização, tudo isso caiu.

Q: Porque? Porque de fato as políticas públicas desse período foram ao encontro dessa demanda e começaram a intervir junto aos mais pobres, junto as mulheres, junto a população heterossexual?

E: Então...

Q: essa é uma hipótese...

E: Pode colocar isso como uma hipótese... como vai ter pessoas que vão achar elementos pra... A minha impressão é que nunca foi. Provavelmente é errônea.

Q: De fato o vírus nunca teve...

E: (...) cê tem uma tendência de, o que a gente chama de interiorização. É claro, cê não vai conseguir, é, o que o Brasil tava chamando de interiorização era assim. Pelo menos um caso por município. Uma vez que você vai aumentando o número de casos, a tendência é você ter pelo menos um em cada município. Cê pinta o gráfico dessa forma, ele vai ficando (...) cada vez mais vermelho.

Q: Foi essa a maneira de como se expor e justificaram a interiorização.

E: Que uma vez que, pessoas vão tendo relações homossexuais com outras, cê vai ter pelo menos uma pessoa em cada município. Mas ela continua sendo concentrada em São Paulo.

Q: Onde concentra a população também. Essa que é a verdade.

E: São as grandes capitais.

Q: Eu tenho agora um grande problema, que é minha questão norteadora. É isso, são dois países que assinam metas legais, São dois países que tem grupos de interesses organizados. São dois países tem programas nacionais tipo acesso universal a medicamento, e que tem prevalências distintas. Só que na realidade não são distintas, são estáveis.

E: Como que é a política em Portugal. Pra quem eles dão antiretroviral (?)

Q: A contagem é distinta. 200, só se começa o tratamento com 200, e aqui já a menos de 350.

E: Não. Então a OMS já fala em 350. Portugal tem 200?

Q: Sim. Naquela altura que eu vi, em 2011, e os critérios... Por que agora, em 2012, há uma nova definição dos casos de Aids, da própria União Europeia, que é onde o sterson gum (?) que é onde Portugal vai buscar e reportar isso. Que a partir de então a gente pode começar a diagnosticar e tratar, muito como no Brasil. Mas só a partir de agora.

E: Então, mas por exemplo assim, em 2012, eles mudam de 350 pra 500. Não é 200 a mais de... 15 anos hoje.

Q: Será que eu vi os dados certos? (hehe)

E: Daí 350 pra 500 e agora, acima de 500 também. O que mudou é que o Brasil assim como Estados Unidos, França, é, trata todo mundo. Entra na política de testar e tratar.

Q: Sim. Isso eu noto. E notificar, né.

E: A notificação no (...?).

Q: A notificação fica obrigatória a partir de dezembro de 2013.

E: Qua na realidade aqui não tem nem formulário, não tem uma estrutura de notificação. Então assim, existe a..., ela ainda não tá implementada. Assim, o Brasil já tá..., no ano passado, retrazado mudou de 350 pra 500. De 200 a muito tempo. Inclusive definição de caso de Aids aqui no Brasil.

Q: Isso eu vi, definição de caso de Aids a 350 a muito tempo no Brasil.

E: E aí já é tratamento, pra 350.

Q: Exatamente. Na realidade eu fiz isso, eu peguei o que cada estado, respeitando as diferenças nos critérios de diagnóstico, notifica e depois reporta pelos boletins epidemiológicos. O que eu noto, por exemplo, entre 2001 e 2011. O número de novos casos de Aids no Brasil é estável, mais ou menos estável e em Portugal vai diminuindo. Mas é aquilo que a gente falava: são casos de Aids. Né, não é prevalência, não é incidência, então, o que eu noto é que as pessoas são portadores assintomáticos e assim o ficam por muito mais tempo.

E: E a definição de caso de Aids em Portugal é a mesma?

Q: Não é a mesma, os critérios são distintos.

E: Então esses gráficos não estão comparando a mesma coisa?

Q: Tão comparando os relatórios não tão comparando os mesmos critérios, essa que é a verdade. Eu peguei, eu respeitei os critérios diagnósticos brasileiros, os critérios diagnósticos portugueses e ví como eles vão descendo em Portugal, menos no Brasil. A descida é ascentuada em Portugal, dos novos casos de Aids, segundo os critérios portugueses, que são de orientação europeia. Eu lembro que um dos meus primeiros constrangimentos foi esse, primeiro que o Brasil não faz notificação de portadores assintomáticos e segundo, os critérios de diagnosticação de Aids são distintos nos dois estados. E eu vou respeitar os critérios de diagnosticação de cada um dos estados. Vou olhar só os relatórios de vigilância epidemiológica. E hoje a grande diferença é essa, né. Como no Brasil, os casos de tóxico dependentes são muito pequenos, sempre foram e vão continuar a ser. Em Portugal a distinção é essa. Que cai radicalmente a proporção de udis. Porque deis do final da década de 90, umas primeiras coordenadoras da da luta contra a (...), que é o proporcional ao programa nacional, uma das primeiras metas dela é exatamente trabalhar com tóxico dependentes, ela vai a campo, e agora a gente nota que isso traz resultado. O número de casos de Aids nessa população passa de 47 pra menos de 20 por cento, entre 2003 e 2011. Agora a categoria homem bi, eu falo em casos de Aids, né, homem bi sobe nos dois estados. Muito mais no Brasil, né, de 2009 a 2011. Casos de Aids. Não são novos diagnósticos. Que era o que eu queria muito, que muito comparar novos diagnósticos entre os dois países e perceber o que aconteceu, se foram de fato, o número de testes realizados que diminuiu ou o número de diagnósticos positivos que diminuiu, isso que eu gostava de comparar. Mas eu não tenho esse dado em nenhum dos dois estados. Em Portugal eu tenho portadores assintomáticos, eles reportam desde 1984. E aqui não, não fala nada disso.

E: E nem vai falar por um tempo. Até implementar...

Q: Se a legislação saiu agora, vão trabalhar como reportar isso, pra virar uma prática comum... vai demorar muito tempo.

E: Mesmo pra Aids você tem que reportar todo mundo. Mas você sabe que só se reporta cerca de 75 % dos casos.

Q: Lí alguns artigos mencionando isso. Os constrangimentos nos atrasos da notificação e, assim, é óbvio, o mesmo período comparado em 2012, os boletins tem dados distintos, por causa desse atraso, de anos anteriores. E eu sinto que essa dificuldade ainda é maior em Portugal, né. Porque proporcionalmente falando, lá eles tem até 5 anos de atraso de notificação com frequência. Aqui eu lembro que não falam tanto tempo. Falam dois ou três anos. Que que eu posso comparar entre Brasil e Portugal?

E: Queria conversar com você sobre isso. Não me parece uma comparação muito tranquila. É aquilo que você falou, o que que você mantém estável aquilo que você altera pra poder fazer a comparação. Não consigo imaginar. Fora a língua, eu não...

Q: Tem a língua, há muita coisa em comum, mas na realidade o que eu percebo é que tudo em comum, a diferença é, nos casos de tóxicodependentes nunca foi um problema brasileiro.

E: Foi. Muito grande, mas já não é mais. Deixou de ser. Se você olhar os gráficos anteriores, tinha muito caso. Ele começa, deixa eu pegar.... Pegando a série histórica, não só os últimos dez anos.

Q: É, nos últimos dez anos não é tanto problema, pois foi problema resolvido.

E: Hoje o problema é na transmissão homo afetiva.

Q: Isso é interessante, porque o Brasil distingue essas duas categorias de exposição, né, o homossexual e o bissexual, e Portugal, não, coloca tudo junto. E aí é hierarquizado. No Brasil é bacana.

E: Mas tem hierarquia também..

Q: Sim, também, legal, mas apesar de hierarquizada ainda distingue a categoria de exposição como hétero ou homo, bi, tóxicodependente, e em Portugal não vi.

E: Mesmo as projeções do unaid(s?) (...), mas elas não tem uma tendência, Portugal e Brasil. Esse aqui é de 2009. A gente não tem um... Quando a gente entra na (...) entre Portugal e Brasil, data de 2009, e essa não tá atualizada ainda. Mas pra 2009, quando a gente olha as tendências, saem um bocado diferentes. (...) Mas cê só tem os parâmetros, que Brasil não reportava o número, cê só tinha noções, mesmo.

Q: Isso é tão difícil.

E: Essa é a informação que o Unaid(s) dá, né.

(...)

20min33

Q: E esses dados menores que 500, ou é 1 ou 499, né? É um grande constrangimento, esse tipo de dado... em portugal.

E: Mas também, menos de 500 pra 10 milhões de pessoas.

Q: Mas quanto menos de 500? Será uma morte, serão 49, ou serão próximas de 500...?

E: E outra coisa é como você reporta, então assim, é outra história. As vezes a forma de você associar a morte com Aids, não é exatamente a mesma de outros países. Que é outra coisa que a unaid(s) tenta corrigir.

Q: Isso eu também notei, porque por exemplo, lá eles reportam complexos relacionados com o cida (?), e acompanham isso. As pessoas que morrem, tem o complexo relacionado com o cida (?).

Não passa a ser diagnóstico de óbito de cida (?) só porque tinha tinha o crs (?) na ficha de óbito. E isso me dificulta comparações de situações. (...) Eu sou uito honesto consigo, eu vi muitos constrangimentos, muitas distinções... não conseguia comparar. Quando eu ví o relatório de 2012 falei graças a deus agora eu tenho aonde pegar.

E: E o 13 modifica isso.

Q: A (...) acaba de quebrar minhas pernas. Uma expressão nossa, né.

E: É possível você alterar sua...

Q: Posso. Posso sempre alterar minha investigação.

E: Que assim, não sei que interesse Portugal teria de ajudar nisso, mas eu acho que as comparações regionais no Brasil são tão importantes.

Q: A Unids tem interesse em perceber isso nesse mesmo contexto ou não, tem o mesmo... prefere perceber, tipo dentro da América Latina e seus países, porque eu posso, dentro do ponto de vista das políticas públicas comparado aos estados, podem ser estados de uma mesma federação, (...). Dois municípios, eu posso comparar. Só que qual o meu constrangimento, eu vivo lá, né. Eu um mês tô aqui, será que nesse um mês eu consigo comparar, eu vou passar uma semana no Rio de Janeiro, uma semana em Curitiba, e aproveitar essa semana pra comparar esses dois municípios. O que eles tem em comum e o que tem de diferente, pra poder compará-los. Outra coisa que eu pensei, é: poderia... é que eu tenho um capítulo inteiro escrito sobre as metas da ungas (?). A vossa apreciação sobre a evolução naquela década no relatório de 2012, né, as experiências bem sucedidas, as orientações no sentido disso, de tentar perceber incidência em função de prevalência, pra planejar melhor as intervenções. Tudo isso eu fiz, eu queria perceber como esses dois países... em princípio eu queria perceber da unids. O que a unids faz com casos como esse em que o estado membro não reporta as informações solicitadas. Eu vejo que na página do Brasil que há os relatórios, relatório de progresso da ungas (?) de 2006/2009 e depois de (...) e disponibilizar para o cidadão comum. Portugal não. E aí quando eu vou para a página de Portugal na unids também estão os dados incompletos, né. O que que eu faço? Não tenho muita coisa em que pegar. Eu pensei era de repente, (...) eu ia fazer dois estados membros respondem as metas da ungas (?), e podia fazer dois municípios tentaram implementar essas metas, ou não faz sentido. Porque quem tem que implementar é o estado na ação, né, e não os municípios.

E: É... por que você tá querendo fazer isso. É onde você investigando mais você pode trazer luz pra como que alguém vai fazer algo a respeito, pra não ficar só pra dissertação em sí.

Q: Pois é, é o ideal.

E: Quando a gente olha as diferenças regionais no Brasil ou de alguns municípios em particular, mas em alguns municípios que são considerados chave pra você olha essa questão, né. Você tem que ter um critério epidemiológico pra isso. Então existe uma situação hoje, em Porto Alegre que é muito peculiar, e todo mundo tenta entender o que acontece em Porto Alegre. Então Porto Alegre

tem um número de mortes, relacionadas a Aids muito grande, muito acima do patamar nacional. Cê tem uma prevalência de HIV acima do patamar nacional. Não é óbvio que lá é dirigido por hsh (?), cê ainda tenha talvez um remanescente de usuários de drogas e parceiros de usuários de drogas, na última década. Então assim, cê tem uma questão talvez entre da relação estado município e a estruturação do sistema de saúde. E assim, todo mundo é curioso de entender porque que em Porto Alegre essa coisa tão atípica pro Brasil. E aí cê tem os bons casos, né, esses que cê tá falando, Curitiba, que consegue eliminar a transmissão vertical, (...), então é outra lógica você pensar nos casos de sucesso, do que você tentar entender as políticas que levam a esse sucesso. A questão de Curitiba, que nunca teve um programa específico pra transmissão vertical do HIV (...).

Q: É, exatamente. Também envolve isso...

E: Então o HIV é um, é exatamente. Então assim, cê tem uma questão duma atenção integral a mamãe/bebê, que provavelmente tá interferindo na transmissão, em não ter mais transmissão vertical. Mas também deve ter reduzido sífilis (...), mortalidade materna...

Q: Eu ouvi falar que é um programa que será implantado no âmbito estadual, passa a ser um (...?) paranaense. E eu ouvi a um ano e meio que há um lobby pro governo federal fazer uma lei brasileira.

E: Então, é uma experiência interessante, e de sucesso. (...) Então hoje a gente tem... aqui o próprio foco do unaids Brasil, né, que é a situação muito gritante de Porto Alegre, cê tem uma outra situação muito diferente que á a de Manaus.

Q: Eu lembro que manaus é um sítio de excelência por isso, que era, já a uma década atrás, era um caso atípico em Manaus.

E: Então, toda a região do Amazonas. Cê tem uma situação de acesso muito complicada. Cê tem a relação com a população indígena (...), é uma outra peculiaridade. Depende qual é o teu foco, situações de sucesso, situações que, é, não funcionaram...

Q: Eu gostava muito de comparar Curitiba e Porto Alegre, porque se eu tenho sucesso num e insucesso no outro, cê vê o que aconteceu dentro de um período pra isso, né. Mais ou menos como eu faria com Brasil e Portugal, né. Sucesso e insucesso, e tentar perceber porque.

E: Então, eu não consigo classificar nem Brasil nem Portugal como sucesso ou insucesso, não é tão óbvio.

27min49s

E: No Brasil, vendo as diferenças regionais, em que você tem redução de casos no sudeste mas, sei lá, aumento no nordeste, cê fala, peraí, são realidades muito diferentes.

Q: Eu lembro que isso já era uma preocupação do meu professor, que não entende nada de Aids. E o que você tem aqui reforça, afinal, eu tô fundamentado em uma questão que não é verdadeira,

não é certo, não é fato. Tá sempre revista, e amanhã ou depois a gente pode rever de novo a prevalência (...).

E: Mas assim, ela não vai mudar de .5 pra 10 por cento. Ela tá mudando dentro de um intervalo que é o aceitável pra quando você faz estimativas, das quais você não tem certeza. Você não consegue testar a população inteira, não dá pra fazer um censo em que se testa todo mundo. Isso não existe, então sempre vão ser parâmetros. E o importante é você, essa variação no parâmetro quando ela é tão pequena, você não entender ela como diferença, porque ela não é diferença.

Q: Que pena. Que bom que eu estou conversando com uma epidemiologista, né. Senão eu ia tá avançando em um processo que não faz sentido depois. Eu tentava perceber como os dois estados vêm as metas da ungas (?), o que que fizeram pra cumprir, em função disso, da própria unids, o que que a unids faz com os estados membros (...), eu sei que é dar orientações às metas que os estados devem buscar, né. (...) E solicitam-se documentos, relatórios, e que os estados muitas vezes não alimentam...

E: É uma área que eu não... (...) eu tenho muita curiosidade de saber porque a Europa inteira tá em branco, no relatório de 2012. Os Estados Unidos começou a reportar, acho que até o último que fez o relatório ungas (?). Então, quais foram as pactuações pra países que antes não reportavam passarem a reportar e outros continuarem sem... Eu fiquei surpresa quando eu falei, vou dar uma olhada no relatório no caso de Portugal.

Q: Não tem. Eu também...

E: Mas ele existe, foi tirado do ar, ele nunca existiu? Eu não sei...

Q: Eu lembro que os programas nacionais, tipo o plurianuais (?), das metas, sempre citam, agora, o que eles fazem com a informação ao final do plano, plurianual eu não sei. Aí quando eu vou ao site eu vejo muita informação em branco.

E: Agora, eu não sei por que é isso. Gostaria de conhecer, preciso perguntar se a (...) sabe. Você tem, assim, uma ausência enorme de informação pra Europa. Agora os estimadores são só pra países de low e mid income.

30min39s

Q: O que quer dizer isso? De low and mid... baixa e...

E: É desenvolvimento. De renda baixa e média. Eu sei que eles monitoram os indicadores de países mais pobres.

Q: Específicos, ok. O que não seria o caso dos países da Europa. Mas há outros que os europeus deviam inserir os dados e não fazem. Porque, né?

E: Mas talvez não seja difícil de entender, eles devem explicar isso...

(pausa)

E: E como que funciona pra vocês, que por exemplo, cê tá gravando... como que você trabalha isso?

Q: Eu vou transcrever a entrevista. E aí depois eu vou tentar buscar dentro da teoria dos grupos de interesse, o que os atores (?) que eu to entrevistando reforçam ou não.

E: E daí você reporta os atores como sendo quem? Por nominais, não nominais.

Q: São, a unids seria o ator que é responsável pela pressão internacional, eu pego dois grupos de interesse representados por duas instituições, que seriam uma em cada território, e tento perceber como o programa nacional lida com isso. Era essa minha idéia.

E: Porque assim. Eu não conheço, como funcionária da unids por que não comecei ainda na unids. Se eu tivesse falando, cê tá conversando comigo como pessoa, não como instituição. Se eu tivesse falando em nome da instituição da qual eu venho, eu teria que ter um processo de, "clearance", de toda e qualquer informação passada. Então eu não sei, talvez as instituições exijam isso de você ou de quem esteja dando entrevista, né. Então, qualquer informação teria que ser aprovada, não aprovada no sentido de censura, mas de qualidade de informação. Então se você vai associar uma informação a uma instituição, a instituição tem um processo pelo qual ela garante aquela informação que saiu, ela saiu correta. Então esse é o processo de "clearance. Então mesmo no departamento de artes, vocês podem não saber, mas se você conversar com um técnico, ele não tem autonomia de falar em nome do departamento.

Q: Por isso que eu tentei, por exemplo, tentei conversar com a doutora Georgiana (?) mas nesse aspecto, tentando dar o ponto de vista da instituição, a unids. E é o que eu pretendo fazer, por exemplo, com os atuais coordenadores do programa, o doutor Fábio Mesquita e o doutor Antônio Diniz. Por isso minha resistência quando eles intavam (?) os técnicos (...). E outra coisa, os grupos de interesse e programas nacionais são pessoas que os fazem. Qual é a relação dessa pessoa com aqueles grupos... E eu sinto que é muito caráter personificador, pelo menos eu lembro que no Brasil, na altura em que eu trabalhava eu via muito disso. Ah, eu tenho problema não com o pm eu tenho com o p do chefe (?), ah, é o chefe que não gosta de mim, e achar que o programa tá contra aquela... Eu sentia isso naquela altura. (...) Mas muito obrigado. Agora nossa conversa vai mesmo nesse sentido de eu voltar, e outro cuidado que é importante eu tomar é de transcrever minhas entrevistas antes de usá-las, encaminhar para os entrevistados, pedir para eles confirmarem.

E: Por que assim, você tem isso... eu não posso falar em nome, eu não tenho autorização de falar em nome da minha instituição, e eu ainda não sou unids. Então assim, meu contrato começa em maio.

34min34s

Q: Perfeito, perfeito.

E: Eu tô bem nesse meio do caminho. O que eu posso te ajudar é isso que eu fiz...

Q: Em me orientar e a fazer sentido nas minhas intervenções. Agora eu acho isso muito curioso isso, tentar perceber as distinções em zonas específicas do Brasil, porque que são tão distintas quando as orientações são sempre as mesmas.

E: Porque aí realmente são essas questões de mudanças das diferentes forças, eu acho.

Q: É, né...

E: as tendências... eu acho que as tensões do nível federal, estadual e municipal, eu acho assim, muito interessante, como isso reflete uma boa saúde pública ou não.

Q: Estado, município...

E: Então você vai ter essas diferenças, né... Rio de Janeiro, é sempre muito complicado...

Q: São Paulo, também...

E: Porto Alegre, é muito complicado, e aí cê tem assim: estados omissos, municípios muito ativos...

Q: O plano de ação e metas, eu lembro que tinha sido uma grande discussão na altura de implementação, muitos municípios tinham resistência, e derrepente todos os municípios queriam, e muitos, pura e simplesmente fizeram as coisas meio que pra receber o incentivo e não colocaram....

E: Aí não consegue gastar, né...

Q: É, exatamente.

E: Tem cidades que não tem problema em gastar. São Paulo gasta.

Q: Mas ainda hoje há cidades que tem dificuldade em gastar o plano?

E: A maioria.

Q: Olha só.

E: O acúmulo de recursos do plano, é enorme. Inclusive eu acho que tem uma alteração recente da sbs (?) de tentar tirar, ah... não sei se conseguiram ou não. Mas o carimbo pra Aids (?) e que a vigilância pudesse usar isso pra qualquer coisa.

Q: Pois, é, pois, é. Se as pessoas não estão a fazer. Mas há municípios que de fato, faziam, né? E cumpriam muito bem e que se tivessem mais recursos iam usar, empregar, bem. Eu acho que Curitiba, a minha altura, é um exemplo bem claro disso. Mas muito em função da sociedade civil, que orientava o investimento, e uma hipótese minha, os pans que não dão certo, é muito no sentido de, eu executivo querer investir naquilo que eu acho que é prioritário.

E: Mas eles não tinha acesso, e agora eles tem. Precisava acompanhar um pouco essa mudança, mas teve muita mudança recente no...

Q: No pampa (?)... Humm.

E: Com recurso do pampa, que tinha muito recurso acumulado.

Q: Isso é mau.

E: E a outra coisa que aconteceu muito foi a, no Brasil, foi a... a sociedade civil tá muito destruturada pra HIV e Aids. Então a (...) tá praticamente no chão.

Q: Puxa, eu to insistindo em conversar com o doutor Richard (...?), que já não tá aí a muitos anos, que eu já soube direto por conversa.

E: Então, assim, estão reduzindo bastante (...), o investimento internacional sumiu no Brasil, né. Não tem mais pra HIV e Aids.

Q: É, eu lembro, que quando eu trabalhei nos médicos do mundo, a desculpa pra não intervir no Brasil é essa. Por que que a gente vai mandar dinheiro ou recursos pra lá, se há recursos no próprio país para.

E: Cê tem umas outras situações mais graves. Não sei quais os motivos e os diferenciadores, né, mas essencialmente se tem pouco financiamento internacional, né. (...) E o recurso que vem de estado e do governo, ele tá mais restrito pra ser utilizado em função de todas as confusões que se teve com ongs, né. O congresso põe restrições hoje a utilização de recursos públicos por ongs que...

Q: Por causa de desvio, de mau uso, nesse sentido. Então passou a ser...

E: E aí ongs que são sérias sofreram com esse problema.

Q: ...sofrem com isso também. Sem dúvida nenhuma, sem dúvida nenhuma. É uma pena.

E: Cê tem uma desarticulação geral, né.

Q: O que eu vejo é que muitos atores da Aids no Brasil, mudaram de temática. Passam agora a trabalhar direitos humanos, começam a trabalhar a educação, e o meu medo é, não será por isso, perderam o filão, ao invés de ter visto como uma missão era como um filão de mercado, extinguiu-se esse, vamos buscar outro.

E: Se não é possível... você tem que sobreviver de alguma forma.

Q: Há... você nota isso, então. O movimento Aids no Brasil, que era extremamente organizado, forte...

E: Enfraquecimento enorme.

39min20s

Q: Eu podia tentar explicar isso. Se é mesmo filão, se é falta de recursos (...)... Muda o perfil do movimento lgbt... não o movimento HIV/Aids... não, que engloba lgbt, tóxicodependentes, redução de danos, os profissionais do sexo, vários outros, que agora voltam a se segmentar, (...) em função de um problema comum, e de repente o problema não tá resolvido, e eles voltam a se segmentar. Ou há um discurso de potencial resolução do problema, e aí eu abduco disso como uma missão... São várias hipóteses, né...

E: É... Tem várias outras também. Cê tem uma pressão, hoje, de um grupo evangélico fundamentalista no congresso que você tem que lutar contra... Então essa pressão se torne ainda maior.

Q: (...) do movimento unaids (?), O papel da bancada evangélica nessa política pública ou em outras...

E: Houve censuras, né. Em campanhas que você não via antes.

Q: É, houve?

E: Uhum.

Q: Por exemplo?

E: Então, cê tem um material, é... de prevenção de homofobia nas escolas, que foi... (...) ele ia pra rua, ele inclusive era com parceria de algumas das agências (...), UNICEF, e foi... parou. Ele não foi distribuído nas escolas.

Q: Foram intervenções da...

E: Da presidência da república.

Q: Ah, claro, que com o lobby dos evangélicos acaba...

E: Então essa é uma entrevista assim, até conversar com o pessoal do movimento, principalmente do movimento lgbt, dos quais foram as sanções que ocorreram pra campanhas. Esse é um outro...

Q: Há um plano nacional né, de combate a homofobia.

E: Tem.

Q: É, masi aí eu fugia do tópico do HIV Aids, mas pronto. Minha idéia do HIV Aids era porque eu tava a alguns anos atrás muito confortável, e agora eu percebo que mudou tudo.

E: Então, na verdade cê pode pensar, na questão de como o papel da sociedade civil, né, que eu acho que tem uma mudança... até comparar Portugal com Brasil, se você quiser, que você começou em Portugal, né. Mas aqui, houve uma mudança enorme da década de 80, 80 e 2000.

Muito diferente. Então essa é uma linha. Outra linha é você pensar no ponto de vista, de como é a tendência da epidemia em diferentes estados, regiões ou cidades, e tentar entender o motivo do sucesso ou de fracasso. E aí quando você fala em municípios você consegue pensar municípios que são efetivamente um sucesso ou vítima de fracasso.

Q: Que o próprio estado já reconhece como, né? Políticas bem sucedidas, políticas mal sucedidas.

E: Então, hoje, você vai ter um departamento dizendo, assim, precisando de um plano de ações específicos pra alguns municípios que tem uma situação crítica, e utilizando outros como modelo pra descrever sucesso. Em Curitiba é um dos considerados como grande sucesso.

Q: E os de insucesso são os de os comunidades como Manaus, Poa...

E: Principalmente Porto Alegre.

Q: Porto Alegre é curioso, na realidade. Triste e curioso.

E: Não é curioso, na verdade é crítico você ter, é... eu tô tentando... eu tô sem o boletim aqui (...)

42min41s

44min45s

E: ... Eu recomendo que você abra, daí você olhe, e tem tabela por município... E daí você vai ver na realidade no sul, é muito gritante. Não é só Porto Alegre. Florianópolis também mais um pouco. E Curitiba pra alguns aspectos também não é tão... Então existe uma questão do sul, que é um pouco agravada. Mas mais ainda em Porto Alegre. Mas aí cê consegue ver diferenças bem importantes. Que cê tem as séries históricas, e você tem os municípios. E aí cê pode olha a questão de Aids que vai ter, mortalidade é marcante. Mortalidade é muito marcante.

Q: Que é drasticamente em Porto Alegre...

E: É Altíssimo assim, é muitas vezes maior, proporcionalmente ao número de pessoas que vivem lá, pra qualquer outro município do Brasil. Seguido de Florianópolis.

Q: Nossa, agora eu tô preocupado, o que que eu vou fazer. Eu gostava muito de fazer isso. Porque eu lembro que a idéia de comparar Brasil e Portugal, (...) como se podia replicar as boas práticas em Portugal. O que eu ví no relatório eram casos de sucesso, né. Tantos novos casos, com as pessoas a viverem mais. Como a prevalência diminui? Quer dizer o que? Do ponto de vista demográfico, é a população aumenta muito mais, né, saudável, do que a doença em sí. Então é um caso de sucesso, em tese, né? Mas na prática não é.

E: Não.

Q: E é bem bacana, porque essa impressão é muito minha, sabe, de onde eu vim. Porque, quando

eu converso sobre isso, na Europa, as pessoas dizem, olha, afinal acho que no final no Brasil não é assim, o Brasil é mau, o Brasil tá ruim, e eu vim muito com a visão da minha experiência, uma experiência que agora você até confirma.

E: Mas foi bom.

Q: A intervenção na década de 90...?

E: (...) Na realidade agora a gente tá parado no tempo. Uma das coisas muito boas com o novo diretor entrando, o Fábio Mesquita, é que ele tem esse discurso muito claro, se você continuar fazendo a mesma coisa cê vai ter o mesmo resultado. Então vamos mudar algo de verdade. Então ele traz várias novidades para o Brasil, que a gente não via a uns anos, uma delas é o testar e tratar.

Q: (...) Foi ele que se esforçou para. Isso é muito bom, eu não sabia disso. Eu espero estar com ele amanhã, então...

(...)

E: Então, isso aqui é Aids, de novo é Aids, né. Até a linha preta.

Q: Até o final de 2012.

E: No Brasil, é reto.

Q: Uhum.

E: Mas se cê olhar morte, sobe.

Q: Então. A taxa de detecção por região e município no Brasil, mantém-se estável...

E: E você tem uma subida no nordeste, e um leve declínio no sudeste.

Q: O sul, oscilando sempre.

E: É, o sul é complicado.

(...)

E: Isso aqui vai ser... mortalidade. Ó mortalidade como você tem.

Q: No nordeste aumentando...

E: No norte subindo. Cadê sul?

Q: Pô, e pro sul até baixa global, mas a gente tem isso que a senhora me diz que em municípios isso não se reflete., quando eu olho por municípios.

E: Agora o sudeste caindo, né. E o nordeste com a tendência de subir.

Q: Até o aspecto do boletim, tá, tipo, diferente. Tá mais interessante.

E: Mudou bastante. Tá bem melhor.

Q: Eu lembro que os de 2000 lá eram tão confusos.

(...)

E: Aqui quando você quebra só pra 15 e 24. Então a subida no norte tá aí, e você vê uma subida no Brasil também.

Q: Em todo o país entre os jovens. Mas também...

E: O que é mais preocupante, né.

Q: Porque, né? Já não há mais o discurso de "a Aids é uma coisa mortal", o jovem já não tem mais o cuidado que tinha... quando eu era jovem já tinha medo disso, hoje em dia o jovem não tem essa preocupação... mas são muitas hipóteses sociológicas, sabe? Eu preciso ver uma hipótese mais da política pública.

E: É, daí eu já não sei.

(...)

E: Os 20 municípios com mais de 50 mil habitantes. Então isso aqui é... taxa de detecção por 100 mil habitantes de Aids, né? Cê olha Porto Alegre, tá vendo que é... 93.7. Cê vai ter no Brasil, (...) Ah, cê tem que estudar essa tabela.

Q: Aham, onde tem Brasil...

(...)

Ah, se você bater o olho no números, ó 48 até 22. 47 a 26. 58 a 30. Aí você pega o sul, o sul é enorme.

Q: Alvorada! Municipozinho...

(...)

E: O sul é mais alto que o Brasil, de maneira geral. E Porto Alegre, é mais.

Q: As três capitais não estão aqui, né? Porto Alegre. Florianópolis, Curitiba... não vejo.

E: Esse título tá mal, deve ser os 20 municípios com maior taxa de infecção entre os 50 mil.

Q: Eu também acho, entre os que tem 50 mil habitantes, e aí por isso não entre Curitiba.

E: E aqui, você ó: 36...

Q: Centro oeste...

E: Cê tá vendo assim, eles são todos (...)

Q: São todos no máximo perto de 50. Chega na região sul, é cento e tal, noventa e tal...

E: É o dobro. E é Rio Grande do Sul, né?

Q: Aham.

E: Então cê tem uma situação... E no ano passado era mais ainda.

Q: Aqui tem a ver com a segunda notificação. Daqui a 2 anos, em 2012...

E: Acham que não.

Q: Dizem que não. Eles acham que são muito eficientes nisso que por isso é muito alto, pode ser esse discurso?

52min40s

E: É mais isso já foi, eles fizeram agora pra... eles estavam acompanhando os casos do... não sei se saiu nesse boletim, mas eles tavam acompanhando os casos do (...?), e mostrava que não era uma questão de notificação. Quando você compara os dados do (...?) com os do (...?), você consegue diagnosticar a subnotificação do (...?). E aí a subnotificação do (...?) na região sul, ela não era muito diferente dos outros lugares, então, não era uma questão de notificação. É uma questão de problema mesmo. Tem problema e tem que ser olhado.

E: (...) Talvez você leve prum lado exploratório.

Q: Eu vou fazer isso.

E: Quem vai te dar uma orientação incrível é o próprio Fábio, de que direção tomar.

Q: Que bom, que bom. Muito obrigado.

E: E aí cê fala com ele amanhã?

Q: Isso, exatamente. (...). Vou mudar o meu perfil das entrevistas. Passam a ser exploratórias de novo, coisa que eu fiz, quase a dois anos em Portugal.

E: E lá eles estavam te questionando no mesmo ponto? (...) Isso de tá escutando de diferentes fontes, é isso?

Q: Não, na realidade eles... foi no sentido de que eles acham também, que o Brasil tem melhores políticas porque entendem que o Brasil intervém mais cedo em casos de Aids. Mas eu acho que é mesmo só uma idéia. Acho que houve uma publicidade... começo a imaginar agora, que houve uma publicidade tão grande, assim, do sucesso no início da intervenção o Aids 1 e do Aids 2, que a

gente ainda tem essa idéia de que as coisas continuam funcionando muito bem aqui. E quando eu converso com as pessoas lá, porque as minhas entrevistas exploratórias foram lá, porque em princípio eu queria apontar o que eles erraram, né, como ele falava, quando eu começo a dizer que eu vou comparar os dois países, eles abrem os olhos, aí quando eu reporto o relatório da unaid, eles falaram, então afinal, é possível. Mas não são necessariamente epidemiologistas, né? São de outras áreas do pensamento, tal economicista da saúde...

E: Agora, você tem esse número pra Portugal? Pra saber como que se compara?

Q: É aquilo que lhe falei. Eu tenho vosso relatório de 2012 que dizia isso.

E: Você tem os valores de 2001?

Q: No relatório de 2012.

E: Você tem ele aí, não tem?

Q: Tem.

E: Qual que era a prevalência?

Q: Em 2001, Portugal era 0,6. Em 2011 passa a 0,7.

E: Você tem o intervalo?

Q: Não. O relatório deve ter apontado o intervalo. Acho que é mais 1 menos... 2 abaixo 2 acima, se não me engano.

E: Então tá a mesma coisa. Os dois são iguais. Os dois estão absolutamente estáveis.

Q: Eu achava que era significativo esse 0,1 pontos, mas não são. Não só o mundo como os dois estados estão estáveis, até porque ambos assinaram (...), ambos tem grupos organizados, ambos tem acesso universal ao tratamento... Aqui o sistema... são totalmente similares. Eu precisava de uma variável distinta. Aqui ela desaparece....

E: Então, o que o Brasil tem, são essas realidades diferentes.

(...)

Entrevista realizado por Everton Dalmann (E) ao Dr. Fábio Mesquita (FM), nas instalações do Departamento de HIV, aids e hepatites virais, do Ministério da Saúde, em Brasília, 25/04/2014, às 09hs.

(E): A minha idéia, pegar os dois sistemas mais semelhantes possíveis, com uma variável distinta. Nesse caso, ao olhar o relatório da unaids de 2012 pro período entre 2001 e 2011, a prevalência estimada na população adulta diminui no Brasil, aumenta em Portugal, e estabiliza no mundo. E a minha pergunta é assim, como é que dois países que em 2001 assinam as metas da (?) ungas, tem programas nacionais de apoio, acesso universal a medicamento e grupos de interesse institucionalizados, tem tendências distintas. Um aumenta e outro diminui. Então, do ponto das políticas públicas, eu queria perceber, a ênfase que eu gostava de dar na minha investigação é, como os programas nacionais de Portugal e Brasil percebem essa pressão internacional, as metas da (?) ungas, e como lidam com isso em relação a pressão dos grupos de interesse. E elegi duas instituições com perfil muito semelhante, que seria a bia e a abraço (?). A bia, porque na altura em que eu trabalhava aqui no Brasil, eu lembro que era muito forte e tinha intervenção nacional, o mesmo com abraço em Portugal. Eu também sei que, agora ontem eu tiva com uma colega da unaids, a senhora Maevi (?). Ela também mencionou pra mim que as dinâmicas mudaram muito desde o final da década passada pro início dessa, que o movimento Aids aqui no Brasil se desarticulou bastante. Ela mencionou comigo que houve alguns constrangimentos do tipo de... da disponibilizações de recursos para as instituições, que não foram empregados de acordo. E eu já não tava no Brasil nessa altura. Então já vivo lá desde 2007. Por isso eu não... Eu saio daqui, tendo trabalhado no monitor Aids, em Curitiba, e saio daqui, meio que com a idéia da experiência que tive em Curitiba. E na conversa com a colega da unaids, ela mencionou. Ela falou olha, ao final de contas, no final da década a grande preocupação era, parece que estabilizou a epidemia. A gente não tem feito coisas muito distintas daquilo que a gente fez até então. E se não mudarmos a gente vai continuar no mesmo rumo. Hoje eu quero perceber isso. Eu acho que seria interessante perceber como o Brasil, que eu noto tem relatórios de progresso da unaids disponibilizados no site, coisa que o programa português não tem, lida com isso, né. Eu acho que há uma responsabilidade nossa muito maior perante as metas, essa é minha hipótese, do que houve com o programa nacional português, que eu acho que se referencia nas metas e depois não reporta os... não monitora as ações, e não reporta à unaids. A colega comentou, por exemplo comigo, que quando ela vai buscar os dados de Portugal, nem todos são disponíveis, o governo Português não tem lançado todos. E em relação ao Brasil é diferente, tá sempre alimentando a base da unaids, de acordo com os dados que coleta. Outra questão que ela coloca pra mim, agora mais recente, que agora com o doutor Fábio a situação parece que muda muito. Porque um constrangimento que tive na elaboração do meu projeto é: a vigilância epidemiológica em Portugal, ela contabiliza desde antes do ano 2000, portadores assintomáticos, complexos relacionados com a Aids, e de Aids. Quando eu vou buscar os boletins epidemiológicos brasileiros, só tem casos de Aids. Então eu acabei comparando a vigilância epidemiológica dos dois países em relação aos casos de Aids. E noto, em relação a isso, uma tendência muito semelhante de estabilização da epidemia. Uma diferença gritante em relação aos tóxicodependentes, usuários de drogas injetáveis, que aqui é uma parcela muito insignificante, mantém desde 2001, mantém uma tendência estável e baixa. E

em Portugal, essa tendência que era quase 60% dos casos de Aids, passa agora, em 2012, pra 11%. Então essa foi uma grande diferença que eu vi. Percebo também nos dois países um aumento da população homo e bissexual de casos de Aids dos últimos anos pra cá, documentados em relatórios da vigilância epidemiológica. Também percebo constrangimentos nos atrasos na notificação. Então esses dados, eu tenho que estar sempre reorganizando. O relatório 2013 atualiza dados de 2012, 11, 10. No caso português as vezes até 6 ou 7 anos passados. É bem interessante, eles tem 1600 notificações, só que de 2012 são 800. As outras 800 são repartidas ao longo da última década. Então há alguns constrangimentos... eu sinto assim. Tenho impressão em relação a gestão dos dados, a disponibilização dos dados. O compromisso entre lá, a base e a unids. Eu tinha impressão que no Brasil isso era mais organizado e era mais interessante, não sei se Dr Fábio corrobora com essa minha opinião, ou concorda que de fato as coisas tem que mudar, daquilo que foi a década de 2001, 2010. Sabe, gostaria de ouvir um bucadinho da opinião do senhor.

5min38s

(FM): Legal. Bom, são várias questões, assim, eu não consigo falar de Portugal (...)

(E): Claro, claro.

(FM): Não conheço com a profundidade que poderia ter pra comparação, mas dá pra falar bastante do Brasil.

(E): Que eu vou fazer o mesmo lá, né. Vou falar com o Dr Antonio Diniz, que é o atual coordenador, pra ver qual foi a impressão dele em relação a década passada.

(FM): Como você, eu saí do Brasil, saí até antes de você, saí em 2005, e voltei em julho do ano passado.

(E): Olha... O senhor esteve...?

(FM): Eu tive na OMS na Ásia durante 8 anos. E foi isso que, é... me dá uma tranquilidade muito grande de analisar a situação, porque eu tava fora...

(E): Isso mesmo, um olhar de fora. Isso é bem interessante.

(FM): E por isso, enfim, tem uma série de coisas que a gente tá adotando em termos das mudanças. Então vou falar de alguns tópicos que você mencionou, e daí a gente pode ver se tem mais alguma coisa. A gente teria mais ou menos uma hora pra fazer isso. Como eu te falei eu tô em dupla jornada...

(E): Grato pela sua disponibilidade.

(FM): (...) Então, é o seguinte. Primeiro vamos falar de dados. Eu cheguei aqui em julho do ano passado, e uma das coisas que eu já tinha acordado quando eu fui indicado pra ser o novo diretor do departamento, é... eu sou epidemiologista de formação, era uma revisão nos dados. E o meu chefe imediato, que é o secretário de vigilância e saúde, Jarbas Barbosa, também é um epidemiologista. E qualquer pessoa que tenha alguma noção de epidemiologia, fica muito angustiada, com a qualidade da informação brasileira. Então, o que que a gente fez? A gente resolveu, em vez da gente dar uma opinião sobre o assunto, a gente realizou um grupo de assessment. Que eu chamei, assim, informalmente, mais uma piada do que qualquer coisa, de auditoria externa na vigilância. E a gente chamou representantes da oms, o pessoal de epidêmiologia de lá, da unaid, do cdc de Atlanta, e mais um grupo de 3 pesquisadores brasileiros em epidemiologia que são independentes. Então montou-se um grupo independente. Porque assim, não nos envolvemos, a gente só apresentou tudo que tinha, e deixou eles avaliarem isso e fazerem sugestões. A primeira das mais óbvias sugestões que apareceu, é que é um absurdo, depois de tantos anos, a gente continuar notificando só a Aids. e a primeira medida que eles recomendam é que a gente passe a notificar HIV. Então a gente já tá implementando isso. Essa auditoria, esse assessment foi no ano passado, né, eu cheguei em julho, a gente teve tempo pra organizar, conseguir trazer a missão, ver as agendas das pessoas, e foi extremamente produtivo...

(E): E já há um resultado, né? No último boletim, já mencionou isso... a partir de Dezembro...

(FM): O boletim já vem com os resultados do assessment. (...). A gente coloca que vai notificar HIV, vai aprimorar nossa cascata... (...). Você tem trabalhado com cascatas?

(E): Não.

(FM): As cascatas são um mecanismo hoje de avaliação epidemiológica que é o chamado continuum health care, que você tem, assim, o cuidado continuado. Então a cascata mostra pra você... no nosso último boletim epidemiológico, você tem uma cópia?

(E): Sim, eu tenho acesso na internet. E deixe-lhe dizer, nem se compara com os demais. A qualidade é outra.

(FM): Ele tem já uma cascata.

(E): Que é isso? É a proposta do cuidado desde o diagnóstico...

(...)

(FM): Então, é, já nesse último boletim epidemiológico, a gente apresenta a cascata, e a gente tem apresentado em vários eventos internacionais, e tem sido bastante elogiada. Embora a gente mesmo não esteja satisfeito com ela e já estamos trabalhando... porque o dado que a gente tem até o final de 2012, a gente já tá trabalhando o update dela, né. O que que é cascata? Ela mostra primeiro uma estimativa do número de pessoas com HIV no país. A estimativa é feita por um... um programa da unaid...

(E): Aquele spectrum ?

(FM): É. Que a gente utiliza pra poder comparar países. Então, não é um mecanismo próprio brasileiro, a gente usa o spectrum exatamente pra poder fazer a comparação.

(E): Então o senhor consegue adquirir esse software pra analisar dados só brasileiros, é isto.

(FM): Isso.

(E): Então não incumbe essa função ao unaid, pelo contrário. Importa o software.

(FM): E aí, pelo spectrum a gente estimou quantas pessoas tem vivendo com HIV, que esse data de 2012, (...) como se fosse uma escadinha...

(E): Por isso cascata.

(FM): No segundo degrau dessa cascata, a gente fala quantas pessoas dessas que a gente estima que tinha HIV foram testadas para o HIV. E aí tem um gap... a gente estima mais ou menos 712 mil pessoas que tem HIV, das quais 150 mil a menos foram testadas pro HIV. Então a gente tem uma estimativa de que pelo menos 150 mil pessoas são portadores do HIV e não tem a menor noção disso. (...) Nas metas que a gente tem, depois a gente vai falar delas, uma das primeiras questões que a gente tem pra resolver é como é que a gente chega nessas 150 mil pessoas.

(E): Exatamente, como é que essas pessoas vão saber o seu diagnóstico. Bom, daí, nessa cascata, o terceiro degrau, dessas pessoas que tem HIV, quantas chegaram nos serviços de saúde. Tem o diagnóstico HIV...

(E): elas ascedem ao serviço a partir disso.

(FM): A partir disso se chegaram num médico, pra ser acompanhado, ou o que que aconteceu.

(E): Ou não, se pegaram um diagnóstico positivo e desapareceu do sistema. Isso é minha grande preocupação.

(FM): (...). Então daí você tem um outro degrau, (...) dessas pessoas que chegaram no serviço, quantas permanecem no serviço. Porque, por exemplo, vamo lá, você é testado, se é HIV, você conseguiu chegar no serviço, foi lá uma vez e nunca mais voltou. (...). Então, quantas pessoas chegaram no serviço. Aí depois disso, quantas pessoas permaneceram no serviço, e dessas que permaneceram, quantas que entraram naquilo que a gente chama, chamava, até muito recentemente que é a era pré-terápica. Que é o cara tá sendo acompanhado, tão monitorando.

(E): É o tal do portador assintomático

(FM): Tá com o CD4 alto... carga viral baixa, então você consegue manter ele no serviço sem o antiretoviral...

(E): Em portugal eles identificam isso como os portadores assintomáticos, né. Sabem quem são, a

quanto tempo são assintomáticos, é bem interessante. E já ha muito tempo disponibilizam esses dados, isso é muito interessante.

(FM): E desses, o próximo degrau é quantos tão em antiretoviral (?). E desses quantos conseguiram fazer a supressão da carga viral.

(E): Fantástico.

(FM): Então você tem, do momento em que a pessoa tem a hipótese de que ela tenha HIV, até a supressão da carga viral. Você consegue enxergar, na verdade, quais são as tarefas que você tem.

(E): Aonde eu devo intervir...

(FM): E a principal tarefa que você tem, é que todo mundo que tá aqui, os 718 mil, cheguem à supressão da carga viral.

15min33s

(FM): E aí você tem uma dimensão mais ou menos do que falta pra fazer. E toda aquela idéia de que a gente tava muito bem, que tinha um clima ótimo, quando você olha pra cascata, peraí, não é bem assim. Então, a cascata foi vista pelo assessment, eles gostaram muito, na verdade isso tinha sido inventado pelo cdc, há um tempo atrás, poucos países coseguiram fazer essa cascata, e duas sugestões que eles fizeram sobre as cascatas, que são muito interessantes, uma é: regionalizar a cascata, porque nós temos vários brasis. E você não pode dizer que o país tem uma epidemia idêntica, ou que é verdade que a epidemia está estabilizada.

(E): Mas em algumas regiões...

(FM): Você vê o norte crescendo, o nordeste crescendo, São Paulo descendo...

(E): Lembro disso do último boletim.

(FM): Que influencia o sudeste, mas não quer dizer que o Rio de Janeiro esteja bem. Se você olhar cada lugar, você pega por exemplo um dos maiores hotspots hoje da epidemia no Brasil é o Rio Grande do Sul, por incrível que pareça.

(E): Porto Alegre, pois é, eu também fiquei surpreso com isso.

(FM): Tem tipo 5 vezes a prevalência de transmissão vertical de Porto Alegre em relação ao resto do Brasil.

(E): E mais grave ainda se comparar com Curitiba, né? O que praticamente zerou. Então é grave isso. A região sul que devia ter um perfil mais estável...

(FM): Onde você tem a economia mais forte, os serviços mais organizados.

(E): O que acontece lá pra isso...

(FM): É uma boa história... (...) Uma das sugestões que se fez, é então que a cascata seja regionalizada, seja individualizada por estado. (...). Então uma das questões é essa. E a segunda sugestão, que também é extremamente interessante, em relação a cascata, é o fato que nós temos uma epidemia concentrada, e que nós não devemos só ter uma noção do que acontece na população geral, mas a gente tem que ter noção do que acontece por população específica.

(E): Exatamente. A importância dos dados de incidência.

(FM): Então, a mesma cascata tem que ser vista... sob o ponto de vista das populações e do seu perfil. (...). Bom, então, nas recomendações aí, implementar a notificação do HIV, cascata por região, e a cascata por população específica. Porque por exemplo, você pode falar que o acesso entre o diagnóstico e começar o tratamento ser ligado a um serviço, é x pra um gay, é y pra um travesti, não é igual, e é, sei lá, z pra uma pessoa que usa droga. Tem diferentes graus de estigma nos serviços de saúde. Por exemplo, o gay vai ser mais bem aceito que um travesti, que vai ser mais bem aceito que uma pessoa que usa drogas e assim vai, entendeu? Se você não tiver essa distinção, você tem a sensação que todo mundo tem acesso igual. Como isso é uma política de acesso, que você tá falando do momento que a pessoa estima que tem o HIV, se ela tem acesso ao diagnóstico, se ela tem acesso ao serviço, se ela tem acesso ao tratamento, não sei o que lá, não é a mesma coisa pra qualquer um. Porque dependendo da população é mais discriminada, menos discriminada, tem mais estigma, menos estigma. Então as sugestões foram super legais, e nós estamos encaminhando todas elas. Pra sumarizar, embora a gente tenha dados razoáveis, nós não estamos felizes com nossos dados, e estamos aprimorando eles. E estamos fazendo isso desde dezembro do ano passado. Quando a gente lançou o último boletim epidemiológico, já anunciou que nós estamos fazendo todas essas medidas. Então essa é a primeira questão.

(E): Eu fiquei muito feliz em ler isso. Pena isso não ter acontecido em 2001.

(...)

21min06s

(FM): Mas a segunda questão que você menciona, é a sociedade civil. E aí, eu acho que a gente tem muitos momentos históricos. E alguns momentos, eles são lamentavelmente incomparáveis. A epidemia de Aids, tem 30 anos, né. Nós estamos comemorando... Mais que trinta. No Brasil, nós estamos comemorando a criação do programa nacional de Aids, nós estamos comemorando no ano que vem quando faz 30 anos. Ela tem 33, 34 anos. As primeiras ongs brasileiras, surgiram em 1985, exatamente a 30 anos atrás...

(E): A segunda foi a ABIA...

(FM): O GAPA foi o primeiro, o GAPA da Baía.

(E): A ABIA foi a segunda...

(FM): Só que assim, a militância que veio nessa primeira geração, era uma militância que lutou

contra a ditadura, que tinha aspirações de liberdades civis, liberdades democráticas. Que relacionava a luta contra a Aids pela luta política, pelo luta... pelo acesso. Era uma geração extremamente politizada, era um Betinho, um Daniel, o de São Paulo que fundou o gapa. Então assim, eram pessoas... eram quadros políticos. Eles não eram...

(E): Doentes brigando por sua doença...

(FM): Isso. Eles eram quadros políticos que entendiam aquela doença num contexto de construir um sistema público de saúde, no fim da ditadura, no pré-constituente de 1988. E que você não podia de forma alguma comparar aquela geração com o que veio depois. Aquela primeira geração que criou entidades poderosas como o pela vida do Rio de Janeiro, como o gapa (?) São Paulo, o gapa (?) do Rio Grande do Sul, tal, aquele povo morreu, né? Pra começar. E a criação de quadros pra suceder, não foi muito produtiva, vamos dizer assim. Até a bia (?), e o pela vida do Rio, eles ainda conseguiram um fôlego. Teve uma segunda geração. (...?) Parker, (...?) Galvão. Gente assim... São quadros hoje que tão... (...?) Parker hoje tá na Columbia University a (...?) Galvão tá na (...?). (...) O Carlos... Carlos Cassareli. Então essas pessoas foram a segunda geração da militância de ongs. E o que aconteceu, que foi um fenômeno geral no Brasil, que foi um fenômeno que teve um particular na questão de Aids, é que... com a vitória do Lula, depois do fim da ditadura, governo Sarney, governo Collor, governo Fernando Henrique, aí vem o Lula. Com a vitória do Lula, uma boa parte desses quadros foram incorporados aos governos. E isso aconteceu com todo o movimento social brasileiro, não foi só no movimento de Aids. Então assim, uma boa parte passou a ser governo, uma boa parte morreu, e aí, a geração que ficou, acabou ficando uma geração muito despolitizada. Uma geração que só consegue olhar pro seu próprio umbigo...

(E): As suas demandas...

(FM): As suas demandas. A sua necessidade. E com uma dificuldade de articulação política, de entendimento político extraordinário.

(E): Pois...

(FM): Coisas que, pra mim... eu brinco que eu tive um coma, né, durante 8 anos, e aí acordei do coma.

(E): Sim, sim. Tava fora, né.

(FM): E quando eu acordei do coma, encontrei uma situação muito diferente. Por exemplo o meu último posto aqui na coordenação nacional antes de ir embora do Brasil, depois eu fui pra São Paulo e fiquei 4 anos no governo da Marta Suplicy, e depois fui embora. Mas meu último posto aqui na coordenação nacional, foi chefe da unidade de articulação com a sociedade civil e direitos humanos.

(E): O seu nome é bem comum pra mim.

(FM): Eu tinha essa relação, (...) com a segunda geração. (...). Então era um quadro já.. ainda muito

politizado e tal. Não era daqueles primeiros, que eram muito mais aguerridos, muito mais politizados

(E): É, o contexto era outro.

(FM): O contexto era outro. Era uma segunda geração, mas ainda extremamente qualificada. Quando eu volto do coma, eu vejo uma geração completamente despolitizada. A primeira reunião que eu fui com ong, foi uma reunião aqui da cames (?), que foi assim surreal. Eu vou dar um exemplo pra mostrar, vamos dizer assim, o despreparo político a falta de ó... E eu falei isso em público, assim. Tá gravado e tal, pra qualquer um ouvir

26min30s

(FM): Um menino que representa o lgbt no Brasil, que é um movimento poderoso, né, assim, que tem influência influência grande, etc. Levanta e fala assim: baseado em alguns episódios que aconteceram aqui, particularmente no programa. Teve um problema com um material que ia para as escolas...

(E): Que tratava da homofobia.

(FM): Que tinha uma cartilha que falava de um menino gay, uma coisa assim.

(E): Não era mais ou menos nos moldes daquele pra que time ele joga, uma coisa assim. Uma campanha pras escolas pra trabalhar, diminuir a homofobia.

(FM): Era um objetivo dentro de um pacote de atividades. (...) E depois tinha uma propaganda de carnaval, que apareciam dois meninos se beijando e tal, e essa propaganda também foi suspensa.

(E): Não foi vinculado...

(...)

(FM): E tinha um terceiro, (...) que era o motivo pela qual eu vim parar aqui, que foi uma propaganda que o departamento fez, sobre a história da puta feliz.

(E): Não, não.

(...)

(FM): Olha como é interessante, tá vendo, ó. Então você consegue enxergar...

(E): Ah, fantástico. É mesmo, é mesmo. (...).

(FM): O da puta feliz foi uma oficina de trabalho que fizeram com profissionais do sexo, pra celebrar o dia da profissional do sexo. Eles fizeram os cartazes, uma moça prostituta, que tirava uma foto e dizia assim: eu sou prostituta e sou feliz. E a argumentação aqui do departamento na época, pelo pessoal da comunicação daqui, é que era pra trabalhar contra o estigma da

prostituição etc e tal. Só que eles fizeram a propaganda aqui dentro, e toda propaganda institucional de qualquer governo de qualquer lugar do planeta, ela tem que passar pelas instâncias de aprovação pra que ela vá a público. E eles puseram a público sem consultar o ministério, sem consultar a presidência, sem consultar ninguém. E evidentemente houve uma reação, e a propaganda foi suspensa. Essas três suspensões de propaganda, levamo o menino nessa primeira reunião, ele vira e fala assim: o SUS, nesses últimos dois anos tem sofrido influência da igreja e dos conservadores protestantes. E isso é péssimo, porque o SUS nunca sofreu influência, e tem que ser uma política pública de saúde e não sei o que lá. E aí eu peço a palavra e falo assim: olha meu amigo, desculpa assim, eu fiquei fora um tempão (...), mas assim, eu participei do um movimento de reforma sanitária, eu participei da constituinte, nós implementamos o SUS nesse país, eu fui secretário de saúde antes da implementação do SUS. Usamos as coisas que a gente implementou como modelo de construção do SUS, participei de todas as conferências nacionais de saúde. E não sei em que planeta você vivia, mas no planeta que eu vivia todo esse tempo, o SUS sofria uma tremenda influência das igrejas. E não foi pouca, foi enorme, como era de se esperar. Porque afinal de contas a igreja representa um setor da sociedade muito expressivo. Afinal, um país católico mais... o maior país católico do planeta. Então, por exemplo, só pra dar um exemplo, durante a última conferência que eu participei aqui antes de ir pra fora do país, no governo Lula, nós fomos pra conferência com uma posição de legalizar o aborto, e fomos esmagados pela igreja católica no plenário. Nós perdemos no plenário da conferência nacional de saúde. Então assim, você vim me dizer que ta igreja tá influenciando o SUS nos últimos dois anos, é... assim, você esqueceu da história, meu amigo. Desculpa, você não acompanhou, não sabe o que que tá acontecendo, não sei de que país você tá falando. Mas nesse país aqui e em qualquer país do mundo, as forças conservadoras sempre influenciaram políticas públicas, que dúvida que você tem sobre isso. (...) vai discutir o George Bush e o ABC. (...) Você quer dizer que não existe influência da sociedade conservadora, com a direita francesa, a direita holandesa, vai contar tua história pra outro, cara. Vai fazer política, vai estudar. (...) Com esse tipo de discurso, meu amigo. Você é uma liderança, tem responsabilidades, você não pode falar uma besteira dessas. Porque assim, você dizer que sofreu influência nos últimos dois anos, isso pra mim é uma piada. Que sofreu influencia e sempre vai continuar sofrendo, sempre. E é uma questão de luta política. Tem momentos que nós vamos ganhar, tem momentos que nós vamos perder, vai ter momentos que nós vamos recuar, vai ter momento... (...).

(E): São os jogos de poder.

(FM): Exatamente. Então, assim, você me dizer isso, desculpe, mas é o fim do resto.

(E): Até fica triste, né doutor Fábio.

(FM): É, então, e eu tenho dito o seguinte, eu disse isso por exemplo a duas semanas atrás numa reunião global da unids, e nessa reunião global, era as metas de prevenção pra acabar, controlar a epidemia até 2030. Limites epidêmicos, não a doença.

(E): Claro, claro.

(FM): Um dos principais pontos da reunião era o gay jovem. Que é um fenômeno que, como você observou, acontece em Portugal, acontece no Brasil e acontece no mundo inteiro. Acontece na Coreia do Sul, no Japão, na China...

(E): Nos Estados Unidos

(FM): Nos Estados Unidos, na Austrália, em tudo quanto é lugar, o fenômeno é idêntico. É uma geração que não viveu o passado.

(E): Exatamente, né. O terror da Aids.

(FM): Que não viu seus líderes morrerem (...)

(E): Não conheceu pessoas, em estado terminal da doença...

(FM): Esse é um fenômeno global, então tá acontecendo no mundo todo ao mesmo tempo, e essa é uma das pautas da unids. Aí assim, eu com muito orgulho fui apresentar o que o Brasil tava fazendo e consegui colocar uma foto da presidente Dilma recebendo o movimento gay. Ou da presidente Dilma entregando um award, né, um prêmio de direitos humanos pra uma travesti. Ou, é... Eu pude falar sobre a portaria de transsexualização, que o ministério da saúde publicou, que dá direito, por exemplo, a toda transi, travesti, de ter nome o nome social. E foi a duas semanas atrás que se fosse essa semana eu ainda podia falar da medida que tomou essa semana pras penitenciárias brasileiras tendo medidas diferenciadas de tratar a população lgbt no presídio. Então, esse tipo de coisa, eu falei na unids, ao mesmo tempo em que a Nigéria tava lá apresentando a legislação que acabou de acontecer, que persegue, que proíbe, que prende. Ou a Índia que apresentou a decisão da suprema corte de manter a lei da sodomia.

(...)

34min20s

(FM): Então, quando as pessoas falam dessas coisas aqui no Brasil, ah, fala assim: proibiu uma propaganda, e isso é um governo absurdo, reacionário e não sei o que. Meu filho, vai vive, vai visitar o mundo, né? Vai conhecer o que acontece por aí afora. Depois você vem encher o saco do governo, entendeu? (...) As pessoas perdem a noção. (...) Só vou concluir pra dizer assim, o que eu mais sinto nesse momento, e que é uma fragilidade que eu sinto, é a fragilidade que o movimento social, que sempre foi um pilar da sociedade brasileira, ele tá muito enfraquecido. Ele tá enfraquecido per si.

(E): Exatamente. Não é o estado que enfraquece...

(FM): Depois eu vou te dar outros exemplos de coisas que eles tem falado, que na verdade é só tiro no pé. O dia inteiro dando tiro no pé, não fazem outra coisa a não ser isso.

(E): Percebo...

(FM): Mas é uma coisa assim, tão intrínseca, tão protecionista... só interessa o que me afeta.

(E): Só busco o que me interessa...

(...)

(FM): A terceira coisa em relação ao movimento social, é o financeiro. Que você também mencionou. Nós fizemos, e eu sou autor disso em 2000, quando tava aqui da outra vez... (...) Quando eu vim pra cá, e tava nessa questão dos direitos humanos de articulação com a sociedade civil, naquela época a gente plantou a descentralização dos recursos financeiros, que até então todos os recursos financeiros vieram pelo ministério da saúde.

(...)

(FM): A descentralização, a lógica da descentralização, era porque você tem que articular a política da sociedade civil, com as políticas locais. (...) A lógica tava completamente correta, só que o que agente subestimou na época... (...) O que a gente não contava, que o que eu acho que acabou gerando algum tipo de constrangimento financeiro, foram as legislações municipais. Porque nem todo município, e nem todo estado, (...), conseguiram ter legislação que esse dinheiro transferido pra ser dirigido pra ong, pudesse ser entregue pra ong. Por que as legislações não são iguais. Alguns estados fizeram isso de maneiras extraordinárias, o estado de São Paulo (...). E outros não, outros foram mais lentos, mais demorados e que foi mais complicado. Essa disparidade gerou problemas, mas fora isso, os estados e municípios são muito mais rigorosos em termos de prestação de contas do que nós somos. Né, a gente era muito mais flexível, muito mais compreensivo... E aí, por exemplo, você não prestou conta, no próximo ano não tem dinheiro. Você não pagou o iptu, a legislação diz que quem não paga iptu não pode receber dinheiro público. Então ainda que o dinheiro seja de outra fonte, você tá em dívida com a municipalidade, você não vai receber. Então é assim, as ongs elas tinham que ter um nível de profissionalismo muito grande pra se adaptar a ser isso. Uma entidade da sociedade civil que tá disputando recursos públicos, e que tem que ser contábil por eles, entendeu? E eles achavam que assim, não, o curso era uma obrigação do estado, sustentar, sem nenhuma responsabilidade, e eu acho que foi isso...

(E): Era muito naquilo, eu sei onde intervir, eu posso intervir e você tem que me dar o recurso (...).

39min50s

(FM): Eu sou bom pra caramba e vocês tem que me dar o dinheiro, e eu não tenho que prestar contas.

(E): Isso é mau.

(FM): Só que em estados e municípios, ninguém crica disso, entendeu?

(E): Não funciona assim.

(FM): Tem o tribunal de contas do município, o tribunal de contas do estado, e as pessoas são mais sérias. Várias delas ficaram bloqueadas e com problemas financeiros, completamente independente de uma política de ter dinheiro disponível. O dinheiro tá lá, eles só não têm acesso. Não têm acesso porque não cumpriram a legislação, não cumpriram a prestação de contas, não foram transparentes, etc. E de outro lado, em alguns estados e municípios, não houve a vontade política de mudar a legislação. Então esse conjunto de coisas gerou um déficit financeiro importante para algumas ONGs. Algumas, nunca precisaram de recurso público. Porque tinha uma capacidade de captar recursos muito grande, sabiam se articular fora daquilo, tinham políticas de sustentabilidade, e outras ficaram dependendo do dinheiro público, e sem aquilo, muitas delas foram criadas para captar dinheiro público, então assim, elas não se organizaram para captar. Por exemplo você pega o gaba da Bahia, por exemplo. Nunca precisou de um centavo público. Continua sendo uma entidade fortíssima, superinfluyente, etc e tal. Porque tinha uma capacidade de captação muito grande. Visto isso, assim, de novo voltando do meu coma, vendo (...) de um lado essa situação financeira de outro lado essa situação política, o que que a gente fez? Nós estamos fomentando, daqui de dentro, a criação de um fundo específico de financiamento de ONG. O Brasil tem 3 precedentes nesse sentido. Tem um fundo afro, para entidades de população negra, tem um fundo de direitos humanos, para entidades de direitos humanos, e tem um fundo de mulheres, para entidades de mulheres.

(E): Então esse de direitos humanos engloba todas as outras populações entre afros e as mulheres...

(FM): Não, eles são independentes, são 3 independentes. Claro que tem relações, mas eles têm fundos independentes. Esses fundos receberam recursos públicos e privados, eles se estruturaram autonomamente, sem nenhuma influência governamental nem nada, eles têm um board (?) de direção, tem um conselho, é... um conselho fiscal, que fiscaliza os recursos tem editais públicos, transparência, prestação de contas...

(E): E são destinados à sociedade civil. Organizações da sociedade civil.

(FM): Sim, só destinados à sociedade civil, esses 3 fundos anteriores. Nós estamos fomentando aqui a criação de um quarto fundo, que é de Aids e hepatites virais. E o objetivo seria o mesmo. Seria captar recursos públicos e privados, aí captar recursos da iniciativa privada, de empresas privadas, de banco do Brasil, de emenda parlamentar, e até dinheiro público, ser auto administrado por pessoas da sociedade civil, com um board de direção e conselho fiscal, e a partir daí isso vai ser, na nossa opinião, a solução do ponto de vista de captação de recursos internos no Brasil. É como se um grupo captasse recursos e distribuisse entre as ONGs.

(E): Mas isso meio que não desresponsabiliza a ONG para essa função também? Garantir sua sustentabilidade independente dos fundos?

(FM): Na verdade, esses fundos são, todos eles, fundos que estimulam a sustentabilidade, exigem contra partida...

(E): Um edital já compete isso...

(...)

(FM): Exige um período do qual não recebe mais o recurso do fundo, e, ao mesmo tempo, ele cria capacidade de formação política dessas entidades.

43min55

(E): Como condição pra acesso ao dinheiro...

(FM): Então assim, o que nós estamos fazendo, é basicamente, tentando ajudar, dar uma solução, que seja mais de fundo, literalmente de fundo, mas assim, uma solução mais de longo prazo e que seja uma solução sustentável, e que esse discurso de que não tem dinheiro acaba aí, sabe, vamos trabalhar sério pra captar, pra trazer.

(E): Se não há dinheiro não há competência. Que a idéia é isso, empregar dinheiro onde há competência. Tanto pra gestão financeira quanto pra intervenção propriamente dita.

(...)

(FM): E a independência do governo, porque é o que a gente tá dizendo.

(E): Pois é, que é tão importante. Não tá vinculado a questão partidária...

(FM): (...)cooptação de ong, nada. É independente, o dinheiro tá lá, capta. É pra bate no governo, bate no governo, não tem problema. Mas você cria esse independência... Por outro lado, dentro do governo há um exercício em curso que já começou no ano passado, que é um exercício de... pela primeira vez financiar ongs em editais públicos daqui, nacionais, com recursos da união. Porque até então, todos os financiamentos que saíam daqui, desde então até o ano passado, eram recursos de financiamento internacional (...). Agora não, agora é recurso da união. E aí, a reclamação que as entidades fazem, ah, é muita burocracia, dá muito trabalho (...)... Em vez de discutir, puta que pariu, finalmente sustentabilidade... (...). Tem recurso público alocado pra sociedade civil, o cara fica reclamando (...). E aí o que a gente tá fazendo com toda paciência do mundo, é o treinamento de como é que funciona, como é que faz pra acessar o sistema... Mas é um passo extraordinário, do ponto de vista da sustentabilidade, que você tem é isso. A grande discussão global hoje, é como sustentar os programas de Aids. Isso não vai acontecer nem em Portugal nem no Brasil. Mas você vai pra qualquer outro país em desenvolvimento que dependeu de programa de Aids, dependeu de fundo global, de pepfar (?), esses programas estão desesperados em como se sustentar. Nós não temos esse problema. Nós temos um tremendo orçamento. Temos um departamento que é um status elevadíssimo no ministério da saúde. Ministro de secretário de departamento. Terceiro escalão. Por exemplo, saúde mental não tem esse status aqui, tuberculose não tem esse status aqui... Nós temos status de departamento, ps outros são programas. A gente já foi programa um dia. Então é um status muito mais elevado. Nós temos orçamento próprio, a gente maneja o nosso orçamento. É um orçamento completamente

bom. A gente tem até dificuldade de executar. Então assim, não há o que queixar do ponto de vista da sustentabilidade. Nós temos um terço dos funcionários aqui desse departamento, hoje já são funcionários públicos concursados, não é mais aquela história que todo mundo era contratado pela unesco, e etc e tal.

(E): Sim, grande constrangimento. (...).

(FM): Então a gente tá chegando num momento completamente sustentável, entendeu. Politicamente um programa forte dentro do governo, um programa sustentável, uma proposta... sempre ouvido. Então assim, ao contrário do discurso que tá lá fora, isso pra mim é muito fácil de entender, que eu venho de trabalhar no Vietnã, nas Filipinas, na Indonésia... Assim, eu consigo entender o que que é um país em desenvolvimento, tentando sustentar um programa de Aids. E porra, incomparável, cara. Vô te dizer, isso aqui, talvez você encontre similaridade no primeiro mundo. Fora disso, não tem aonde.

(E): Mas essa é uma impressão que eu tenho. Essa é a impressão que sempre tive.

(FM): Então, mas assim, isso é uma construção histórica. Eu mesmo me surpreendi aqui, a estrutura muito mais sustentável, do que quando eu entrei em coma. Assim, uma diferença enorme. E eu fiquei chocado com a dimensão do departamento, com a responsabilidade, com o orçamento, com o número de funcionários, com tudo. Então assim, é muito positiva, eu tenho dito isso, é muito positiva a imagem que eu tive, fala pô o grande drama global não tem aqui. Isso aqui tá sustentável. Hã, sustentação no parlamento, sustentação no governo... não é fácil, não é pouco, porque se construiu na história. Bom, e pra finalizar, quais são as mudanças que a gente tá propondo, porque é isso que você falou no começo, tá tudo estabilizado, só que estabilidade...

(E): No panorama geral, (...).

(FM): No panorama nacional. Então o norte subindo, nordeste subindo... (...) São Paulo caindo.

(...)

(E): No geral...

(FM): Os indicadores estão estabilizados. Mortalidade 12 mil casos por ano, números de casos reportados por ano em torno de 40 mil casos, 38. Você pega taxa de detecção de HIV está estável nos últimos 4 anos, em torno de 20... tá tudo mais ou menos estabilizado. Cara, isso é uma merda. O que as pessoas acham, ah, que legal tá tudo estabilizado. A gente estabilizou num nível muito elevado. Eu acho inaceitável um país que oferece medicação antiretroviral (?) a 17 anos de maneira pública gratuita e universal, ter 12 mil mortes por ano em 2014. Inaceitável. O que a gente tá fazendo é uma mudança radical nas intervenções. Que vai desde, e talvez a primeira grande questão, é o conceito de prevenção. Acho que a gente trabalhando a prevenção combinada, usando todas as tecnologias inovadoras que apareceram nos últimos três anos, que particularmente tão em torno do tasp (?), tratamento com prevenção.

(E): Que é a mesma orientação do unaid...s...

(FM): A gente tá fazendo pep, prep (?) e tá fazendo tasp (?).

(E): Tasp (?) eu não lembro o que é.

50min26s

(FM): Tasp (?) são os positivos. Todos os positivos independente de (...?). Nós adotamos essa medida dia 1 de dezembro. Anunciamos ela depois 4 meses de longa discussão, reunimos o consenso, discutimos a proposta, colocamos em consulta pública por 1 mês, fechamos o protocolo e anunciamos esse protocolo. Então, a primeira coisa

(E): Mudar intervenção enquanto prevenção.

(FM): Nós começamos a tratar todo mundo que era HIV positivo. Isso que é tratamento com prevenção.

(E): Isso mesmo.

(FM): O objetivo, é: você vai derrubar a carga viral coletiva, comunitária, e com isso vai impactar a epidemia. Além disso você tem benefícios clínicos pros paciente. O principal benefício óbvio, em todos os estudos é tuberculose, que é a principal causa de mortalidade no Brasil, e se você fizer só isso, já justifica. Só por isso já é justificável, sem nenhuma outra medida. Mas tem mais benefícios clínicos. Você evita aquelas síndromes do início da epidemia, de inflamação... você tem uma série de questões que hoje já tão demonstradas que você consegue diminuir morbidade e diminuir mortalidade se começar a terapia o mais cedo possível. Então nós estamos em campo, e nossa meta, nesse ano de 2014, inclui 100 mil novas pessoas em tratamento. Só pra você ter uma idéia, até o final de 2013, nós temos 350 mil pessoas. Historicamente, durante 17 anos nós colocamos 350 mil pessoas em tratamento. Nós queremos em 1 ano colocar mais de 100 mil! E nós estamos trabalhando por isso. E com indicadores muito claros, com metas muito claras (...). Nós chegamos ao disprante (?) de entregar aos estados, numa reunião que teve aqui a duas semanas atrás, o nosso secretário mandou pra todos os secretários estaduais de saúde, uma lista de 68 mil pessoas com nome, endereço, posto em que tá sendo tratado, médico da pessoa, perguntando porque que essa pessoa que tem cd4 (?) abaixo de 500, não tamo falando nem falando acima de 500, ainda não tá em tratamento? Sendo que essa é uma recomendação do Brasil desde 2012. É uma recomendação da OMS desde do ano passado em julho. Então, essa é completamente inexplicável. Não tem desculpa, por que é que essas pessoas não estão em tratamento, abaixo de 500. Então com isso se inclui 68 mil pessoas que nós temos nome, endereço, médico e etc. E tem mais 40 mil pessoas que entram no (...) todo ano. Então essa meta de 100 mil, pra gente é atingível...

(E): Ela talvez seja superável.

(FM): Talvez seja até superável. Então nós vamos trabalhar por ela. Bom, quando a gente coloca

tratamento como prevenção, vem aí o movimento conservador e reacionário, da sociedade civil, dizendo assim, vocês vão tratar mais 100 mil pessoas, isso vai ser péssimo pra quem tá em tratamento, porque nós vamos ser prejudicados.

(E): Porque pode faltar medicação.

(FM): Porque pode faltar medicação, pode faltar médico, pode faltar coisa pra mim, então as outras pessoas não tem direito. Então assim, porra, cara! É indecente, esse discurso. É indecente. Não é uma coisa assim, razoável. É uma coisa assim, eu quero tudo pra mim, e se a pessoa vai ser diagnosticada mais cedo, você vai evitar tuberculose, você vai evitar internação hospitalar, se vai evitar morte, não é problema meu, eu quero pra mim, entendeu. E eu tenho ouvido esse discurso repetidamente de lideranças importantes. Daí a segunda questão, pra ampliar esse serviço, nós temos que ir pra atenção básica.

(E): Um infecto não pode atender todo mundo...

(FM): Não dá. Não dá pra fazer isso. E hoje já não faz. Tá e esse exemplo, eu uso isso toda hora. Ah, legal, eles são ótimos, são excelente, os infectos são maravilhosos. Porque que tem 68 mil pessoas que devia estar em tratamento e não tão. Porque que a pessoa tá demorando 6 meses pra marcar uma consulta. Porque que leva 6 meses pra marcar uma carga viral? Porque tá todo mundo lotado. Esse tipo de sistema não suporta mais. Ele não tem condições de suportar. E não precisa. (...) E essa geração antiga, que é a liderança que hoje fala: vai ter efeito colateral se usar o medicamento. Cara, o medicamento que você usou a 17 anos atrás era uma merda, mesmo. Você tem toda razão, tinha muito efeito colateral. Só que foram 17 anos de evolução. a ciência melhorou. Não tô dizendo que tem zero efeito colateral. Mas não tem comparação com aquelas porcarias que você tomou a 17 anos atrás, cara. Eu sinto muito. Né, assim, é parte da história. Hoje o medicamento tem muito menos efeito colateral, tem muito menos problema. Hoje uma pílula o cara toma, 3 em 1, tá resolvido. No tempo que você começou a tomar o medicamento, eram um 16, 14 pílulas, 12 pílulas por dia. Tinha horário pra toma, tinha que tomar com medicação, tinha que ter geladeira... Hoje não tem nada disso. uma porcariuzinha desse tamanho, que qualquer um pode (...). E eu costumo usar o meu exemplo dizendo, eu sou um cara que tem diabetes, hipertensão, e uma doença coronariana.

(E): Então, quanto medicamento toma pra cada uma dessas.

(FM): Eu tomo 6 comprimidos por dia. Além disso, qualquer uma das doenças que eu tenho, é a primeira, segunda e terceira causa de mortalidade no país. Mata muito mais que a Aids. Então, assim, porra não vem discutir comigo aderência.

(E): Pois é, dificuldade de adesão ao tratamento, quando é uma pílula hoje.

(FM): Porque eu ainda tenho que tomar 6. Esse tipo de discussão que a gente tá fazendo, entendeu? E não é simples. Porque assim, é como se fosse um monopólio, de uma coisa que tá tão estabilizada e protecionista. Porque se criou uma coisa assim meio protecionista. Sabe, assim, do estado ter que prover tudo e a pessoa poder o que quer. Vou dar um exemplo horrível, que eu

fiquei chocado. Antes do protocolo que nós lançamos em dezembro, todas as resoluções anteriores sobre tratamento eram feitas por consenso. Reunia o consenso e o consenso falava assim, olha nós sugerimos que vocês façam isso, e o ministério mandava essas sugestões pros estados e municípios e cada um fazia o que queria. Era sugestão. O consenso era sugestão. Então cada um prescrevia o que queria. E o ministério pagava a conta. Nós encontramos mais de 200 esquemas de tratamento de primeira linha. 200.

(E): É muito.

(FM): 200 esquemas de tratamento de primeira linha. Sendo que nós colocamos no protocolo agora, existem 3 opções de primeira linha. Ponto final. (...) Nós tiramos 197. Então assim, a economia que nós vamos fazer, não, e o risco do paciente! Porque tem paciente tomando terceira linha, prescrita pelo médico de cara. E quando o cara precisa de alguma coisa pra resgate não vai ter. Então assim, um monte de responsabilidade, um monte cagada, um monte de coisa, tudo pago pelo governo federal. Sem nenhum controle de qualidade, sem nenhuma determinação. Agora é protocolo. Não tem conversa. Não tá no protocolo, eu não pago. e tipo assim, ah, o secretário de saúde não concorda. Já teve um secretário que levantou e falou assim: não, eu quero o esquema tal, tal, tal. Eu falei, não tem o menor problema. O senhor paga, o senhor se responsabiliza pelo esquema. O senhor pode implantar o esquema que o senhor quiser. O que eu pago, é isso aqui. Foi discutido no consenso dos maiores especialistas de Aids no país. Nós indicamos aquilo que a OMS tá indicando pelo mundo. Então assim, nós vamos pagar por esse. Fora isso, eu não pago.

(E): Se você tem alguma autonomia orçamental e quiser fazer isso...

(FM): Então nós temos hoje, com esses 100 mil que nós estamos ampliando, nós vamos passar a tratar 300, 450 mil... Nós vamos gastar menos com 450 mil do que o que a gente gastava com os 350 mil.

(E): Olha só, isso é fantástico.

(FM): E vamos tratar melhor. Porque assim, estamos oferecendo tratamento de primeira linha, de última geração, com medicamentos excelentes, 3 em 1. Tudo que tem que fazer. Agora, eu sou contra que vá pra atenção básica. Eu sou contra que tenha protocolo rígido, sou contra que prive a liberdade do médico de prescrever o que ele quiser.

(E): Um monte de argumento contra.

(FM): Eu sou contra que o laboratório chega na orelha do médico e fala assim, ó prescreve esse aqui, ó. Que depois eu te levo pra um congresso, o governo paga. Entendeu? Isso tudo acabou. Então assim, o desespero é grande.

(E): É esse!

(FM): Não é simples a reação que a gente tá tendo. Nós estamos segurando. E a gente tá segurando, com o apoio do ministro, do secretário de vigilância, e com o apoio de uma grande

parte da sociedade civil. Nesse que tá o legal. Fica meia dúzia de lideranças, assim, que se dizem liderança, esperniando sozinho. E normalmente num discurso de defesa de privilégio. Não é de defesa de controlar epidemia, não é defesa de acesso, não é defesa de nada...

(E): Garantia de privilégios.

(FM): Vamos manter pra nós aqui o que tem. Então assim, é um momento interessante, é um momento. É um momento de mudança radical. Por exemplo, nós estamos abrindo o diagnóstico, dessacralizando o diagnóstico. Era quase sacro. tinha que ter aconselhamento de uma hora, aí entrava, aí fazia o teste, aí... o cara decidia. O psicólogo decidia se você ia ou não fazer o teste, não era você que decidia. E daí entrava e tinha aconselhamento de outras 5 horas quando você saía, se era negativo, se era positivo. Você tinha que ter todo tempo do mundo pra ir fazer o seu teste, você não podia trabalhar naquele dia... Então assim, a gente está dessacralizando isso. Teste? É um diagnóstico como qualquer outro. Então assim, a gente está colocando toda a atenção básica, na iniciativa complementar do SUS (...)

(E): O teste é rápido?

(FM): ...os ctas (?) vão continuar existindo. Também é um teste rápido. Mas nós estamos colocando teste oral, feito por ong, dirigido pra população específica... O Mário Schefer (?), é uma liderança lá de São Paulo, que hoje é professor universitário, fala uma coisa muito interessante. O fiquê sabendo foi brilhante, né? Só que quem precisou ficar sabendo, não ficou. Que são as populações de risco agressivo. Então nós estamos focando nisso agora. Então por exemplo, nós estamos financiando 40 projetos de ong, 10 de prostitutas, 10 de pessoas que usam drogas, 10 de transi, 10 de homens parceiros com homens, só pra diagnóstico de população específica. Eles vão pros seus pares, fazer diagnóstico, teste oral, 15 minutos. O resultado é que nem um teste de gravidez

(E): distribuído em todo país, ou não, só em alguma zona?

(FM): Em todo país. E é um teste produzido nacionalmente pela Fiocruz, oral, em 15 minutos você tem o resultado. Você lê que nem teste de gravidez. E nós vamos implantar no segundo semestre, agora, é o teste de farmácia. Que a Grã Bretanha acabou de aprovar, já tem na África do Sul, já tem nos Estados Unidos, já tem em outros lugares que é o auto-teste. Então assim, a gente está dessacralizando. O teste é uma coisa...

(E): As pessoas tem que saber, né.

(FM): Têm que saber, cacete! É o fundamental, até o começo de qualquer coisa. Se você não fizer isso, como é que vai fazer o resto. Nós temos que atingir essas 150 mil pessoas ...

(E): Dr Fábio, o senhor menciona nisso, né, do ascender novos 100 mil, e hoje em dia a atenção básica talvez já sobrelotada, a idéia é expandir também quem atende essas pessoas enquanto portadores assintomáticos? Não precisa ser necessariamente só o médico, passa a um enfermeiro ou psicólogo...

(FM): Nós ainda não estamos fazendo, tá? Esse shifting, aqui no Brasil, aqui no geral do Brasil, mas a gente tá pensando e usar o shifting em algumas regiões específicas. Por exemplo, na região amazônica, nós estamos diretamente discutindo o (...?) shift. Já estamos discutindo com a Anvisa a discussão da resolução... Duas revisões de resolução. Uma é quem dá o resultado do diagnóstico, que hoje tem que ser um profissional de nível universitário... de saúde. A gente tá dizendo que qualquer pessoa treinada pode dar o resultado. Porque o de triagem, a gente já tem a lei que diz que qualquer pessoa pode fazer. Agora é só a questão de quem pode dar o resultado final. Então nós estamos mudando isso, e estamos mudando também a determinação da Anvisa de que só médico pode prescrever antiretroviral. E o objetivo disso é a região amazônica principalmente. É fazer (...?) shifting lá. E o resto a gente tá fazendo (...?) shifting de infectologista pra clínico geral, coisas assim.

63min40s

(E): Eu lembro que já no Paraná eu saía e via essa demanda, treinei vários médicos da atenção básica, pro atendimento, né, pra desafogar os infectos.

(FM): É, Curitiba é o nosso gold standard de atenção básica.

(E): Pois é, eu tenho muito da experiência curitibana, e na minha ideia é o reflexo do brasileiro, mas não é...

(FM): Hoje a gente tem Curitiba, Fortaleza, Rio de Janeiro e Porto Alegre que tá fazendo na atenção básica. E fazendo um excelente trabalho.

(E): Agora o que a gente tem aqui são epidemias, né, o desenvolvimento distinto entre Curitiba e Poa, né.

(FM): É. Tanto que a gente montou uma task force só pro Rio Grande do Sul, e outra task force só pro Amazonas. O Amazonas tem a principal taxa de mortalidade por Aids no país. Por conta da dificuldade de acesso...

(E): Quanto a dificuldade de acesso.

(FM): Não, e essa loucura que só profissional de universidade que pode (...). Só médico que pode fazer (...?). Não vai nunca. Vão morrer antes de isso acontecer.

(E): Pois é, infelizmente, muito mau, muito mau.

(FM): Mas é isso, então as mudanças estão em curso. Elas são bem interessantes. É um momento histórico, de mudança. A gente compara isso a o que aconteceu em 1996 quando veio a medicação antiretroviral, a (...?). É um outro momento desses de mudança radical. Que a gente vai colher frutos mais lá pra frente, mas assim, todas as mudanças sobre a qualidade da informação que a gente tem, sobre diagnósticos, sobre tratamento, são bem radicais.

(E): O dr Fábio mencionou comigo, também como motivo pelo qual eu vim pra cá, a indicação

enquanto diretor numa... né... hierarquicamente falando, um cargo político tão importante, atribuído a um técnico (...). O senhor acha isso fundamental? (...)

(FM): Não basta ser técnico. Eu acho que a pessoa que tem que ficar aqui, ela precisa ter 3 qualificações. Eu trabalho com Aids desde de 1987, né. Trabalhei em Santos, uma cidade pioneira. Fundei o primeiro programa municipal de Aids do país, então assim, tenho uma experiência larga. Trabalhei na OMS, trabalhei no ministério várias vezes... tecnicamente, eu tenho a qualificação para isso. Mas não basta ser técnico. eu acho que você tem que ser um bom administrador, que é uma segunda questão, porque você gere um orçamento super importante. É por exemplo, toda essa discussão se é consenso, se é, você precisa ter racionalidade no gasto do dinheiro público. Você precisa descobrir mecanismos de que esse dinheiro público possa fluir, por exemplo essa questão do fundo, etc. Então tem que ter uma capacidade de administrativa, não só técnica. E tem que ter uma capacidade política. Tem que ter uma capacidade de negociar com ong, de negociar com o congresso, negociar com as bancadas, negociar com o próprio ministério, então tem que ter essa habilidade. E eu acho que foi por isso que o ministro me convidou pra voltar, porque eu acho que eu tenho o componente dessas 3 qualificações, vamos dizer assim.

(E): E em função da importância do cargo, politicamente falando, não só técnica, mudando a gestão. Muda-se de partido, muda-se os ministros, muda-se também o diretor do programa.

(FM): É isso é natural na política brasileira. É uma coisa que acontece a muitos anos. E que a gente não espera nenhum milagre específico pra essa área. Eu estou, fui convidado a assumir aqui em julho do ano passado com o compromisso de ficar 31 de dezembro desse ano. esse é o meu compromisso. Daí pra frente, depende de quem for presidente, de quem for o ministro. E assim, eu particularmente, tenho vários convites pra trabalhar em outros lugares, eu tô muito tranquilo, assim, eu pessoalmente. E aí, quem vier que tem que analisar, se quer que eu continue, se não quer, e tenho que analisar depois, quais são as condições de continuar. Porque eu vim pra cá com algumas condições, e todas elas foram garantidas. Condição de autonomia, de poder tomar suas decisões, de implementá-las... e tudo aquilo que eu me opus a fazer e aquilo que eu pedi pra que fosse feito eu consegui fazer. Eu tô completamente satisfeito até o final dessa gestão. Depois a vida vai dizer. Mas acho que a solução, de qualquer maneira, é uma solução institucional, essa é um programa que passou por vários governos. É muito mais um programa de estado, que um programa de governo. E certamente a pessoa que virá no futuro será tão qualificada quanto, quanto foram os antecessores. Todas as pessoas extremamente qualificadas.

(E): É, mas é isso que eu noto. Aqui há os diretores do programa, do período que eu estou analisando, 2002 a 2010, sempre tiveram grandes qualificações técnicas na área. Em Portugal é diferente. Eu tenho, sim, médicos epidemiologistas, mas nem sempre com a mesma competência técnica que o anterior ou posterior. Há muito mais jogo político, explícito. Aqui eu acho, pra esse diretor, pra esse departamento, a importância dada é muito técnica...

(...)

(FM): E a qualidade de todos os diretores sempre foi excelente.

Entrevista realizado por Everton Dalmann (Q) ao Dr. Alexandre Grangeiro (E) nas instalações da Faculdade de Medicina da USP, em São Paulo, 06/05/2014, às 16hs.

Q: Talvez o senhor me afirmar de novo essa questão do atual financiamento, as discussões com o diagnóstico, né, o diagnóstico da saliva atribuídos para a sociedade civil. Ok, isso tá mais fresquinho, acabei de falar. O senhor também falou pra mim, sim que as metas da ungas, mais do que pressão internacional, são usadas até como um recurso da sociedade civil, pra avaliar o programa naquela década, (...)

E: Tem uma questão de que o governo perdeu uma oportunidade de repacuar as metas internamente, né não conseguiu fazer um plano dele próprio pra...

Q: Porque as metas da ungas pareciam pequenas para aquilo que era o programa nacional, porque muito do programa nacional foram incluídas as metas do brasil como referência, a partir do que se fazia no Brasil, (...) criam-se umas metas, que respeitam a capacidade global de resposta, e não aquela que seja brasileira (...). O senhor também fala da mensuração, se eu não me engano eram só duas metas que eram mensuráveis. Diminuiu em 50% o número de novos casos e...

E: Mas você sabe que aquelas que não eram mensuráveis, poderiam ser repactuadas e realmente torná-las mensuráveis. Isso que é a capturação(?). A capturação é falar: também, ok, nós temos transmissão vertical, por exemplo, e aí vamos levar para quanto? X vamos levar para quanto.

Q: O senhor também me disse pra lembrar depois de escrever... ah, os critérios pra chegar a assumir o cargo, nessa década o senhor acha que houve uma continuidade, entre os coordenadores (...)

E: Porque estavam vendo os mesmos princípios, as mesmas diretrizes, e que os critérios de indicação, (...) eram políticos... do ponto de vista do senta junto.

Q: Conversado, político...

E: Do critério técnico... ter um novo conhecimento técnico, etc e tal, e do critério de liderança, de liderança de vários setores.

Q: Não só com a sociedade civil, mas o resto, a sociedade civil organizada, os outros departamentos de estado...

E: A academia.

Q: Também não falamos disso ainda. O senhor também falou uma coisa bem interessante... (...) da notificação (...) a vigilância epidemiológica, esse fundamento nos casos de Aids...

Q: (...)A partir de agora vão ser expressos então os (...) obrigatórios de HIV positivo, portadores assintomáticos, por que que não havia sido feito antes, o senhor falou isso... tinham a capacidade de ter sido feito mas não foi feito.

E: Tem até o momento, que tem uma (...?) técnica, porque nde fato não haveria muita diferença entre fazer a notificação de... caso (?) ou pessoas positivas, porque esse universo de quem é positivo é... era muito próximo de quem já era caso (?), e segundo... como não se conhece o universo inteiro, não se sabe o que ele representaria. Né, se representaria algum grupo específico, algum que tem mais acesso, um que tá mais doente, então, ele não... não ajudaria em explicar mais a peidemia. Então não adiantava fazer a notificação. Mas começou todo um investimento para se conhecer informações sobre (...?) acompanhamento no serviço, que essa estrutura não foi usada pela vigilância epidemiológica, e com isso...

Q: Já haviam dados disponíveis, podiam ser usados pela vigilância epidemiológica, e não foram. E agora, pra gente começar a rever resultado, poder usar isso leva pelo menos uns 4 ou 5 anos, porque, apesar de já estar feita a lei, não tá (...).

E: Vai ter a série histórica. Você vai comparar isso com o que? Mais que tenha hoje... que todos estivessem notificados hoje, tá aumentando ou tá diminuindo?

(...)

01min40s

Q: Isso é bem interessante. Eu também tinha perguntado para o senhor, se o senhor achava então que mudou o discurso, o papel da abia (?) nisso. Talvez a abia fosse, uma hipótese causa e efeito, mas muito do que acontece hoje com a bia (?), da dificuldade de quadros de atendimentos profissionais técnicos e ativistas, também diminui a sua significância, relevância, perante a sociedade. A bia(?) que era de fato uma ong que faz controle social, tanto da parte política, do que está sendo feito, do quanto dos dados, né, dos resultados, ela perde esse aspecto do controle social em sí, da parte política, de propor novas políticas, novas metas. Eu lembro que eles tinham publicações de políticas públicas de Aids. Que se esgotaram já, ao menos a alguns anos...

E: Mas era um grande locus né. Eles aglutinavam pessoas. Não só as pessoas que estavam dentro da instituição mas, aglutinavam pessoas fora da instituição, né, quer dizer, eles tinham um poder de convocação muito forte. Para produzir conhecimento, para produzir críticas...

Q: O senhor também falou da... dentro da sociedade civil, o movimento gay como forte, como impulsionador desde o início, e agora, outras metas outros objetivos, outra agenda do (...) movimento Aids e as outras organizações, né. As outras populações notam isso. Começam a resgatar o movimento gay, ou queixam-se da sua ausência. É mais ou menos isso.

E: É uma queixa forte (...). Do setor de ongs, Aids, em relação ao movimento gay.

Q: E que talvez seja o próprio reflexo da Aids entre as pessoas gays. Uma coisa muito velada hoje em dia, isso que você falou também...

E: Uma Aids fobia.

Q: Aham, de falar sobre, de discutir...

(...)

E: É uma coisa absurda, né. Os dados aqui de São Paulo, aqui dessa região central aqui de São Paulo. Pessoas que vem pra se sociabilizar na região central. Pessoas entre... em torno de 30, 40 anos, 1/4 (um quarto) está infectada.

Q: Nossa!

E: Então é assim...

Q: Assustador!

E: É índice das áreas mais afetadas do mundo. Quer dizer, tirar da bandeira do movimento homossexual é quase como tirar um quarto de uma determinada... determinado grupo que tá... vivendo com HIV, que tá sofrendo todas as especificidades de viver com HIV. Então eu acho que é um erro estratégico, assim, enorme do movimento gay. (..) E tudo bem, legal, tem tantos porque poucos estão morrendo. Mas você pega a população gays jovens tem 5%, 6% de taxa de infecção.

Q: E a gente falava, perguntava pro senhor também, a sociedade civil agia de modo colaborativo entre si pra buscar recursos direto com o estado. Do início da década. Ao longo da década esse perfil variou ou mudou?

E: Então, que continua trabalhando de forma, entre os setores, continuam informando colaborativa (?). A questão é que escaceou (?) o financiamento. Então muda a relação que tem com o governo porque também (...), diminuiu o volume de recursos, e mudou os mecanismos de (...?) de recursos. Então já não é mais assim o pote de ouro. Ele continua sendo importante, mas ele não é mais um financiador do volume que ele era.

Q: Aquele financiamento, que era pra... fortalecer a organização civil, agora funciona como um financiamento de exclusão, (...).

E: Então, daí muda a lógica...

Q: E a partir do momento em que o estado age assim, o meu discurso junto ao estado vai ser outro, né. Enquanto eu via o estado como a mina de ouro, e precisava de um discurso coerente, bonitinho e amigável pra poder continuar a receber o recurso também, agora isso é mais exigente ainda, e as críticas não são bem vindas porque eu corro o risco de ser o primeiro a ser excluído. Então vou cuidar do que eu digoa. Antes não, botava muita pressão, dizia tudo o que achava...

E: E se esse apoio do estado, que se pauta pela exclusão, daí ferrou, né.

Q: Isso é muito triste.

E: E aí você perde ainda mais um discurso de concordância com a sociedade.

Q: Hoje um grande debate está nisso. O papel da sociedade civil... o estado pretende que ela seja...

E: E essa é uma questão importante porque... eu tenho ouvido nesses últimos anos, um discurso muito forte do governo, de que assim, eu ouço a sociedade civil. E a sociedade civil fala assim: o governo não ouve a sociedade civil. Aí eu pergunto (...), um tá falando que houve e o outro tá falando que não houve, então (...)... os órgãos de controle social estão funcionando? A aquinaids (?) tem seus representantes, a cami (?) tem seus representantes, o conselho nacional (...?) tem seus representantes, tá se reunindo periodicamente? Tem agenda? Sim. Todos estão funcionando. Então porque a sociedade civil tá dizendo que não é ouvida? Alguma coisa deve estar havendo porque não é ouvido. E aí não é a questão do ouvir não é de não manter as estratégias de controle social. É de incorporar aquilo que está sendo solicitado como política disso aí. É transformar aquilo que está sendo pedido em políticas (...?). É por isso que ela fala que não é ouvida. Ela fala que não é ouvida porque não...

Q: O que propõe o estado acaba não executando (...).

E: Não é uma falência dos órgãos das instâncias de controle e tal. É uma falta de capacidade do governo ou de querer transformar em política mesmo, o que tá sendo proposto.

07min47seg

Q: Não é mesmo, tipo, total divergência daquilo que você por agora....

E: Parte é. Parte não. Então, por exemplo, tem a... talvez a questão mais divergente que tenha agora, pra mim a que tem de mais divergente agora, é a questão de como se direciona uma campanha de promoção e de prevenção pra DST/Aids no governo, né. A agenda governamental tá muito mais permeada pelos... enfim, pelos valores religiosos do que (...)...

Q: Do que pela demanda explícita que a sociedade civil traz, e aí acaba sendo filtrado por valores...

(...)

E: Tem veto (?).

Q: E é religioso, mesmo. Tem fundo religioso. É a bancada evangélica...

E: (...) com essa tem que tomar cuidado, né. Porque também fico preocupado com a questão da estigmatização, né. Quer dizer, a generalização para os evangélicos. Como se os evangélicos estivessem influenciando. Pô, cria uma estigmatização do evangélico. Então todo mundo que é evangélico é responsável por isso, né. Se criou uma discriminação de tudo quanto é evangélico. E não é verdade, porque a questão do progenitismo, faz parte tanto do evangélico quanto do católico. Tanto que o aborto nunca passou nessa sociedade por conta do progenitismo católico.

Q: Exatamente.

E: (...) Então o progenitismo... fazer progenitismo faz parte dessas religiões. Seja ela católica ou seja ela evangélica. Na base do cristianismo. O que que tá errada então? O que tá errado é o estado...

Q: Que tinha que ser laico (...).

E: Aí é que tá o problema. E este estado que está laico não é tudo que é comandado pela a religião porque ele mantém laico. Nesse ponto de vista ele não quer... não é um estado islâmico por exemplo que direcionar...

E: (...) O que ele tá querendo, na realidade, é dialogar com uma classe "c" e "d" que tem valores que são compatíveis e coincidentes com os dos evangélicos... com o cristianismo. É essa diferença. Quem ele elegeu como interlocutor principal dele. O interlocutor principal dele é um público conservador, é um público que não tolera publicamente, no seu contexto até tolera, essas questões das diversidades. E é esse público com que ele tá tentando dialogar. E pra dialogar com esse público, ele exclui as (...?) sociais. Então eu acho que é muito pior que a questão religiosa. Porque a gente tenta localizar o problema no progenitismo, mas o progenitismo sempre teve, sempre terá, e faz parte dessas religiões. Só assume importância agora porque é com que se tem que dialogar. Tem um aumento na classe "c" e "d" no país, enorme. E está se buscando dialogar com essa classe. Agora se leilou as minorias pra poder dialogar mais.

Q: Sim. Acho que foi isso que nós falamos.

E: (...?) Não é isso que dá voto no Brasil. O brasileiro não vota pensando se aquele cara apóia o homossexual ou não apóia.

Q: Vota...? Eu acho que vota no carisma do candidato. O vai trazer o melhor pra mim. Dentre aqueles que mais benefícios vai trazer pra mim.

E: Mas vota no universo dele. (...) Sobrevivo mais, sobrevivo menos, tenho mais vantagem, tenho menos vantagem, nesse jogo de... (...) Ao contrário, o discurso de exclusão é menos aceito pela sociedade brasileira, do que o discurso de inclusão. A sociedade brasileira aceita muito mais, eu faço para todos, independente se ele é gay ou se não é gay, do que eu só faço pra quem não é gay. A sociedade brasileira é muito mais tolerante do que... bom, enfim.

Entrevista realizado por Everton Dalmann (Q) ao Dr. Richard Parker (E) nas instalações da ABIA, no Rio de Janeiro, 17/05/2014, às 16hs.

Q: Eles estão agora com essa onda, né, de manifestações e greves... A impressão que eu tenho, 8 anos eu moro fora. é que de fato a situação tá tão boa que todo mundo quer um pouquinho, né? (...). deixa então eu explicar. Eu fui a 8 anos para Portugal, na altura eu fui a trás do meu companheiro. Mas graças a deus as coisas foram funcionando, fiz o mestrado e agora eu consegui fazer o doutoramento lá. Tive um grande constrangimento, que assim, como tinha trabalhado alguns anos em Aids ali em Curitiba, eu trabalhei no projeto somos (?) na altura eu tentei consiliar essa minha experiência, com o conteúdo do doutoramento. Entretanto, eu via assim que eu tinha muita dificuldade, eu tive bastante dificuldade em tentar comparar Brasil e Portugal. E obviamente pela conveniência de ser brasileiro e viver em Portugal. Em relação a Aids, assim, eu fui estudando muito, fui buscando muito, achei que era uma zona de conforto, que eu não iria ter que aprender muita coisa nova ia ter é que adequar os conhecimentos desse ponto de vista. Então em 2012 eu ví o último relatório, aquele relatório que apontava assim para uma diferença da prevalência. Então ele apontava 2001, 2011. Aumenta em 0,1 em Portugal, e diminui em 0,1 no Brasil. E aí eu lembro que em 2001 foi a altura em que todo mundo assinou as metas da UNGASS. As metas eram previstas para 2010. E com essa discrepância da prevalência, eu achei um puzzle, um quebra cabeças com o qual eu podia trabalhar. apresentei para o meu orientador, que achou uma boa idéia, e vim a campo.

E: E o dutorado é...

Q: Em políticas públicas. O meu orientador, ele não é epidemiologista, nem é da área da saúde, ele é de fato doutor em ciência política, e é diretor do programa de políticas públicas. Então, é uma pessoa genial no ponto de vista das políticas públicas, mas não sabe, não domina o campo da Aids, né. Então daquilo que eu escrevi no meu projeto foi aprovado e gostaram. Já fiz a fundamentação teorica para ele, e agora vindo a campo eu vi alguns constrangimentos, algumas coisas que eu notava enquanto eu fiz a pesquisa, enquanto eu fazia o projeto. E quando a gente chega no Brasil, a gente vê que não há um Brasil, né, vários. E as diferenças são muito significativas entre uma região e outra, mas infelizmente hoje eu não posso apanhar por isso. Tenho que cumprir o projeto que tinha previsto, né doutor Richard. Daí, que, qual é minha questão norteadora, que me motiva a investigar, é os dois países, com a mesma pressão internacional, no meu entendimento que são as metas da UNGASS, com grupos institucionalizados, grupos de interesse institucionalizados, como é o caso da ABIA aqui, que é a segunda instituição brasileira em Aids, e da ABRAÇO em Portugal. Porque que os programas nacionais, como os programas nacionais trabalharam nesse período, pra que a UNAIDS depois dissesse que as prevalência tem tendências distintas, enquanto no mundo estabilizou em 0,8. Minha dúvida é essa, porque que dois países com a mesma pressão internacional, com grupos de interesse institucionalizados tem tendências distintas na prevalência. E hoje, assim, com o doutor Richard, eu vou fazer o mesmo com a presidenta da ABRAÇO nesse período que era a doutora Margarida Martins. Eu queria

perceber qual o seu ponto de vista sobre essa questão, primeiramente.

E: Certo. Bom, é, não sei se o meu ponto de vista vai te ajudar tanto, porque de certa forma, eu acho isso um problema, mas eu questiono um pouco a construção do problema que você está tentando fazer. Entendo completamente que você tem o problema, não pode mudar e tem que lidar com isso. Dentro da minha perspectiva, é muito difícil de interpretar causalidade epidemiológica de fatores sociais e políticas de um modo tão, é... de montar um macro (...?). De realmente entender se é por conta desta política que você tem nesta mudança em termos de taxas de infecção, é muito complicado. Porque você tem uma gama de fatores que confundem... do econômico até o comportamental e etc. Então, nesse sentido, eu vejo um pouco o que você está tentando fazer, eu vejo uma tarefa extremamente difícil, senão impossível. Na minha opinião, que fica, isso não quer dizer que você tem que jogar fora o seu projeto... o que interessa... não só o que interessa, mas o que é possível fazer, é de tentar fazer uma interpretação, talvez menos causal, e mais uma leitura de como é que as políticas evoluem, e até que ponto essa evolução pode ter reflexões não exatas, mas reflexões em termos de tendências, em termos das mudanças epidemiológicas. Mas é uma tarefa muito difícil.

06min28seg

E: Porque eu acho que você tem que um pouco assumir essa dificuldade, ou você vai acabar num beco sem saída para concluir o projeto. De qualquer forma eu acho que também terão uns outros se você considera Brasil e Portugal, dois, vamos dizer, estudos de caso, você tem algumas questões que seriam importantes que até de comparar e contrastar para pensar sobre isso. Certamente, como você mesmo mencionou, esse tamanho e diversidade do Brasil, é uma coisa que, eu não vou dizer que não há diversidade em Portugal, mas tamanho, é... escala das questões é de uma ordem absolutamente diferente nos dois lugares. Me parece que você tem também questões que seria importante comparar em termos de processos socioeconômicos distintos. Que pelo o que eu entendo, eu não sou especialista, eu estou falando de impressões, né. Pelo que eu entendo, no caso de Portugal você tem uma década, aonde a situação econômica tem ficado cada vez mais complicada. Óbvio depois da crise internacional financeira de 2007 e 2008, as coisas pioraram muito na Europa em termos gerais, e na Europa do sul acima de tudo, e então você tem uma trajetória socioeconômica e econômica acima de tudo, de um certo, senão declínio certamente crescentes dificuldades que, imagino que essas dificuldades se traduzem em crescentes dificuldades políticas, sociais. Maiores tensões sociais. Elevação de desemprego, elevação da pobreza. Que ainda assim provavelmente é pobreza relativa quando comparada com o Brasil, né. Aí no Brasil, nessa última década, década e pouco, você tem, de certa forma, uma trajetória um pouco contrária.

09min07seg

E: A situação do brasileiro tem sido, melhorando, como você pode constatar empiricamente e... o número de... os programas de transferência social, uma bolsa família, tem dado certo. Começaram no governo Fernando Henrique, com o projeto programa solidariedade, foram ampliados muito no governo Lula. Continuado no governo Dilma, então você tem algumas tendências econômicas de

melhoria. Mudanças de pessoas da pobreza. Você tem, é... um período de... eu diria conquistas relativas. Mas basicamente positivas. (...) Basicamente positivas em termos dos direitos sexuais, da maior consolidação do movimento lgbt, da situação das mulheres... enfim, uma série de movimentos sociais que começaram lá atrás no começo dos anos 80, com a redemocratização do país.

10min27seg

E: Você tem a consolidação da democracia que acontece ao longo dos anos 90 e chega nessa década com uma democracia que nem parece bem consolidada realmente forte de certa forma. Você tem consolidação do governo... o maior partido que surgiu na luta contra a ditadura, que acaba 3 décadas depois. Firmamente assumindo o poder e governando o país bem ou mal com uma certa estabilidade, então eu vejo no nível mais macro, eu vejo além da grande diferenciação do tamanho dos dois países, eu vejo tendências socioeconômicas, políticas... diferenciadas. De grosso modo, se a gente entende que a epidemia tem fortes determinantes estruturais, eu não acho que é difícil interpretar um certo sucesso no controle da epidemia no Brasil, como uma reflexão de algumas tendências históricas em termos desses determinantes estruturais. Mas de fazer uma interpretação mais afinada, com mais nuances, com mais detalhes, de qual é a razão, que isso... aí é muito difícil de fazer essa coisa. Imagino que esse seria um dos fatores que eu acho que seria importante de colocar na sua interpretação, comparando... comparando os dois casos. Também, eu acho que, isso é num nível bem macro.

Q: Sim.

E: Sempre lembrando que esse nível bem macro é muito difícil de dizer com muita certeza que, enfim, porque a situação em Uganda evolui de uma maneira, e a situação em Botsuana de outra. Porque a África do Sul é... enfim, neste tipo de interpretação macro, a gente não pode falar as nossas interpretações com muita firmeza ou confiabilidade, porque são muito... são interpretações, não é? Mas isso seria um fator. Mas aí tem uma segunda coisa que eu acho que faz um nível não tão macro. Que você ia querer olhar e que eu não estou, no caso de Portugal, não tenho conhecimento para poder opinar muito. No caso do Brasil, tenho. Isso é o que eu diria o nível das políticas. Da maneira que o planejamento, sabe, o detalhamento de políticas de enfrentamento da epidemia, acontece tanto no nível governamental de um nível estadual ou municipal. No caso brasileiro, eu acho que são fases muito distintas, em termos de enfrentamento de epidemia. O seu período começa em 2001 com UNGASS, bem no meio do que eu vejo como a época de ouro do programa nacional de Aids do Brasil. Como você sabe, pela sua convivência, o programa nacional brasileiro começou mal nos anos 80. Foi muito criticado pelas organizações não governamentais... vivíamos em pé de guerra, até mais ou menos 92. Em 92 começa a ter uma mudança. A Lair Guerra volta a assumir a direção do programa no ministério. as ongs começam a dialogar mais com o governo. Eu mesmo que trabalhava com a bia (?) na época, mas eu vou para o governo, e passo uma parte do ano como chefe da unidade de prevenção. Paulo Texeira vai para e cria uma unidade de relações com a sociedade civil. E ao longo dos anos 90, essa relação vai melhorando, o governo vai assumindo a perspectiva de enfrentamento da epidemia com base nos

direitos humanos. Que foi a bandeira das ongs. O governo aceita e assume essa bandeira. Desenvolve um novo com sérios financiamentos externos pelo banco mundial. Consegue financiamento interno com o tesouro nacional. Implementam um programa de acesso a tratamento. Em 96 é o primeiro ano em que você tem a eficácia dos antiretrovirais combinadas. O governo brasileiro promove a lei Sarney, que garante esse acesso a todo brasileiro que precisa, novamente uma questão de direito, baseado na constituição de 88. E a idéia da saúde como um direito de todos e um dever do estado, o programa de Aids assume isso, consegue passar essa lei no congresso, em menos de um ano depois do congresso de Vancouver aonde a eficácia desses medicamentos é declarada. Em 2001 o New York Times publica o famoso artigo de Tina Rosenberg: "Look at Brazil", olhe o Brasil. Como desde 96 o Brasil tem sido o único país em desenvolvimento de implementar um programa como esse. Como em poucos anos pode demonstrar a queda das taxas de mortalidade por causa do acesso a tratamento. Os técnicos do ministério da saúde, todos ligados a partidos de esquerda, partido socialista, partido dos trabalhadores, inteligentemente usam uma leitura alternativa dos custos e benefícios econômicos de mostrar que apesar de alto custo, esse acesso a tratamento tem o resultado de abaixar o preço total do enfrentamento da epidemia. Porque eles podem mostrar anos de trabalho que não são perdidos, eles podem mostrar uma série de coisas que são ganhos econômicos. E eu não tenho na minha cabeça, mas existem várias publicações sobre em 3 ou 4 anos o Brasil, vamos dizer, vira a esquina em termos dos custos. Os custos vão subindo, mas o dinheiro poupado vai subindo. Você chega ao ponto que com esse investimento você está poupando mais do que você está gastando. E essa poupança, também acaba sendo uma poupança em termos das infecções. Porque também o uso dos medicamentos, o acesso a tratamento abaixa as taxas de vírus das pessoas. E até a prevenção primária acaba sendo beneficiada pelo acesso a tratamento. Então, 2001 é mais ou menos aonde você está chegando ao auge destas políticas positivas, vamos dizer.

18min53seg

E: E aí, ao longo dos anos 2000, eu acho que até mais ou menos o final do governo Lula, é que eu acho que você tem a continuidade desses bons resultados de uma política muito bem sucedida do enfrentamento da epidemia. Aí as coisas começam a mudar. Com a saída do Lula e com a entrada do governo Dilma, com a perspectiva política aonde um dos dois principais concorrentes, ou inimigos da Dilma, é... Marina Silva com sua ligação com o movimento evangélico, você tem uma preocupação muito grande, por parte do governo brasileiro, do governo Dilma, e os diversos ministros ligados ao governo Dilma, de apaziguar e tentar enamorar com o movimento evangélico, para tirar um pouco da força de alguns dos concorrentes e principalmente da Marina Silva e aliados. Então o governo Dilma começa... a tentar fazer as pazes e, de certa forma, de premiar ou de dar favores políticos para a bancada evangélica do congresso. Então o governo Dilma começa a enfraquecer muito do... sei lá, da ousadia do programa nacional de Aids. Começam a censurar campanhas de Aids, começam a censurar não só campanhas de Aids, mas ações, programas governamentais em outras áreas como educação, a escola sem homofobia, o materiais censurados. A própria Dilma faz declarações infelizes que o seu governo não vai apoiar orientação sexual nenhuma... enfim, eu não me lembro exatamente os termos. Mas uma série de coisas são

feitas, principalmente na área de educação e social. Educação saúde, aonde atividades que criaram nesse nível político e das políticas programáticas dos programas implementados por ministérios, essas coisas começam a ser enfraquecidas, no atual governo brasileiro.

22min04seg

E: Então, o sucesso que foi mais ou menos de 92, 94, até 2006, 2008 quando o Lula sai, começa realmente a mudar. Então, na minha opinião, os resultados, em termos dos efeitos, epidemiológicos desse tipo de política não é imediato. Você não vê imediatamente as mudanças em termos de...

(...)

E: São coisas de 5 a 10 anos. Então, eu não sei, se eu tivesse uma bola de cristal e te dizer se essa tendência que você marca de 2001 até... 10 anos depois de UNGASS, se isso vai continuar, se você faz uma leitura dessa mesma coisa de 2015, ou em 2020, será que essa tendência vai ser... eu pessoalmente acredito que não. Temos visto, até o final dos anos 2000, mais ou menos em 2009, 2010, você começa a rever as taxas entre você ter o reconhecimento de que o Brasil não tem uma epidemia generalizada, tem uma epidemia concentrada em diversos grupos. E entre alguns desses grupos, principalmente homens que fazem sexo com homens, e jovens homens que fazem sexo com homens, você começa a ver a taxa se elevar. Ao mesmo tempo que se eleva essa taxa, o governo, a pedido da bancada evangélica, censura uma campanha feita para (...) para essa população. Então você tem uma série de coisas nos últimos 4 anos, você tem uma série de coisas realmente muito preocupantes em termos do enfraquecimento das campanhas brasileiras. A falta de ousadia...

Q: Em comparação ao início da década.

E: Exatamente. É muito possível, eu acho que isso vai mudar... esse quadro futuramente. Como isso pode ser comparado com Portugal vai além do meu conhecimento da situação lá para eu poder comentar. Mas no Brasil, especificamente, me parece que isso...

Q: Que essa tendência não vai se manter por muito tempo.

E: Eu acho difícil. Acho muito difícil. É verdade que, agora na atual gestão do programa, departamento... efetivamente o programa de Aids do Brasil, quando o Dirceu (...?) saiu e o Fábio Mesquita entrou. O Mesquita tem tentado na medida do possível trazer de volta um pouco as perspectivas anteriores, mas com muita dificuldade. E também...seria justo também assumir ou reconhecer que o próprio Dirceu tentando nadar contra uma maré em termos do que ele queria fazer, com o que estava permitido pelo ministro, enfim, o ministro Padilha vem de uma família evangélica progressista. E ele tem fortes ligações com o movimento e a bancada evangélica. Ele obviamente quer o voto deles para concorrer para governador de São Paulo. Então, uma série de coisas aconteceram independente dos esforços positivos do programa de Aids, num nível mais alto e na política eleitoral, você tem uma série de coisas que um pouco torcem contra o sucesso do programa brasileiro. Então vamos ver onde isso nos leva, mas eu acho que isso vai ter um impacto

futuro que pode ser menos positivo do que o que tem sido visto até agora. Olha só, eu acho que o que a gente acabou de conversar aqui agora são dois níveis de questões estruturais. uma coisa bem macro... tendências

Q: Que é difícil achar casualidade...

E: aí você tem um pouco mais do... (...) mesmo nível das políticas públicas de um modo específicos, que são obviamente influenciados por essas tendências maiores onde você também tem uma situação onde os bons indicadores macros do período Lula, não estão mais. A situação está piorando num nível do Brasil. Não é tão ruim quanto estava, certamente. Mas também não é... aquela coisa que o Brasil vai ser o poder emergente... isso ninguém está falando mais. você olha na rua e você tem as manifestações, você tem uma série de insatisfações que esses resultados positivos não foram repassados para o povo de uma maneira como deveria ter sido feito, e isso está certamente sendo questionado.

27min40seg

E: Aí eu acho que tem um terceiro nível, dessa coisa de nível. Se você tem macro e meso (meio?? mesmo??). Eu acho que também você provavelmente teria que olhar um pouquinho pelo menos num nível mais local, mais comunitário. E quando você chega lá, você também vai ver, eu acho que há uma influência muito grande do nível macro e meso (?) num nível local. Quer dizer, a mobilização social que aconteceu na base, que em inglês se chama grass roots, nos anos 90 que foi alimentado com dinheiro repassado dos projetos do banco mundial. Tinha muito dinheiro para apoiar a mobilização da base das ongs. Ongs Aids, mas também... de tudo... é... sindicatos, várias organizações tinham projetos de Aids num nível mais...

Q: É verdade não eram só ongs Aids, né?

E: Exatamente, então era uma ampla mobilização da sociedade, que foi feita via esse tipo de financiamento. Mobilizando projetos de prevenção, enfim. Nos anos 90, as ongs Aids foram de umas 30 ou 40 no país inteiro para 400. Uma coisa absurda. Aí quando esse dinheiro começou a diminuir dos anos 2000, também o número de organizações fazendo esse tipo de ação começaram a diminuir. Teve um período em 2010, quando parecia que cada semana você iria escutar de outra ong Aids fechando as portas. O movimento gay que a muito tempo lucrou com os projetos de Aids de fato quando tinha dinheiro para fazer a mobilização dele, largou a Aids rapidamente. Você olha a política nacional lgbt, menciona Aids 2 vezes. E uma vez era o glossário (?). O relatório mesmo, uma única referência à Aids em 2004. Então o que eu estou dizendo é que, nos anos 2000, houve uma desmobilização crescente, no nível comunitário, no nível local e no nível da sociedade civil também. Então as mudanças macro e meso (?) acabam também tendo reflexões no nível local, no nível da base, é muito forte. As ongs de Aids, a própria bia (?) é... 2012... desde 2010 a bia (?) enfrentou sérios problemas financeiros. Quase todos os financiadores, as agências financiadoras internacionais que financiavam projetos de Aids, saíram do Brasil ou deixaram de financiar a Aids. Porque o Brasil agora é um país emergente, não é um país pobre, não precisa de nós. Da perspectiva dessas agências, tem outros lugares mais pobres e necessitados, e da perspectiva

delas é absolutamente razoável colocar o dinheiro delas na África, ao invés de países da América Latina etc e tal. Então você tem tanto o dinheiro governamental que era repassado para a sociedade civil, quanto o dinheiro do desenvolvimento da filantropia internacional, começou a diminuir criando uma crise no setor das ongs, absolutamente drástica. Na bia (?), reduzimos... quase fechamos, e reduzimos pela metade o número de empregados, da equipe da bia (?), por exemplo.

Q: Isso de 2010 até hoje... provavelmente tem menos da metade...

E: Exatamente. Então em menos da metade (...)do dinheiro, e metade do pessoal. e isso não é específico da bia (?). Isso é uma coisa assim... é um retrato (...). Sabe, todos os ongs Aids, você vai ter essa mesma situação. Então, a mobilização de base, não existe da mesma maneira que existia no começo ou até a metade dos anos 2000.

32min21seg

E: Ao longo dos anos 2000, o orçamento da bia (?) foi subindo, subindo, subindo até mais ou menos 2007. E de lá vem caindo, caindo, caindo.

Q: Drásticamente.

E: Então... isso é como eu falei. Vai para gapa (?) vai para qualquer ong... Eu acho que você vai ter uma coisa parecida. Então me parece que esse terceiro nível, do nível mais local, também é uma coisa que valeria olhar, comparar e não só, enfim, ABRAÇO e a bia (?) são certamente, acho que são parecidas

Q: As primeiras...

E: Os primeiros e ainda os mais influentes. Mas se você faz o campo total, não sei quantas são as instituições em Portugal. No Brasil, diminuiu muito, e muitos dos grupos que (...) no começo dos anos 2000 não eram ongs Aids, mas eram ongs ... (...) feministas, que fizeram projetos de Aids, não fazem mais. Porque a Aids... não tem dinheiro lá. Então eles vão onde o dinheiro está. É uma coisa de sobrevivência. É interesse, mas é um interesse absolutamente compreensível. Não é uma coisa de criticar, mas o que você tem é uma sociedade... um nível local, menos mobilizado do que antes. E muito menos mobilizado. Então, o resultado, se você hoje está com esse tipo de infecção, entre os jovens gays isso vai subindo. É isso o resultado de grandes macro... esforços macro e políticas públicas, ou de questões locais? Não sei. É de todas essas questões...

Q: Exatamente. É nos três níveis.

E:... que tem algum impacto. Nós não temos mecanismos de investigação adequadamente finos para poder medir qual dessas coisas... é mais uma leitura de várias conjecturas que acabam cruzando alguns fatores, e isso acaba te dando uma situação muito menos favorável em termos do que está acontecendo. (...)

Q: O senhor já me respondeu muita coisa que eu mesmo ia inquerir com o senhor. Nesses 3 níveis,

até porque quando eu começo o puzzle, eu tenho mais ou menos esse mesmo constrangimento. Como é que eu vou conseguir comparar questões distintas quando não é tão causal quanto eu achava quando eu escrevi o meu projeto. Então, diante disso eu preferi tentar comparar a nível macro, meso (?) aliás. Que que eu pensei, diante de algumas entrevistas exploratórias que eu fiz, o projeto estava aprovado, então tentar perceber como o programa nacional reagiu a pressão internacional das metas, e a própria bia (?) como um exemplo, né, da sociedade civil, em relação a essas mesmas metas. Porque eu também percebi isso, quanto mais estudando, eu vou notando que é muito simplista querer dar a causalidade em função dessas três variáveis. Agora, eu tento focar então no padrão do meso (?), como esses programas nacionais trabalham e lidam com a pressão internacional, e com a pressão de base que o senhor... a bia (?) como exemplo disso. É o que eu pretendo investigar agora. E algumas das questões que eu gostava de expor para o senhor, que inclusive o senhor já me responde um bocado, é em relação ao próprio perfil do movimento ong/Aids, na sociedade civil organizada. Né, ao longo desses 10 anos, muda o perfil da sociedade civil, não é?

(...)

36min27seg

Q: Como lhe dizia, para além dessa questão que eu gostava muito de saber o seu panorama, sua apreciação sobre. Que bom que reforça mesmo a idéia que eu vim construindo ao longo dos últimos meses. Em relação ao nosso ponto de meta, o ano 2001, as metas da UNGASS, Brasil um país signatário, são metas orientadoras, norteadoras para a intervenção dos programas nacionais em todo o mundo. A bia(?) considerou essas metas na sua intervenção junto ao programa nacional e a população alvo? Ao longo dos 10 anos?

E: É, até certo ponto sim. Eu não diria que a bia (?)... enfim, essas metas fazem parte de um quadro, uma série de coisas que a bia (?) leva em conta. Eu não diria que a gente organiza nossas ações lendo as recomendações internacionais. É um pouco uma... pessoas da equipe da bia (?) com interação com o programa, com os consultórios do programa, certamente acompanhou todo esse processo. Contribuiu para os relatórios Brasileiros. Fizemos várias coisas que o povo incorpora de uma maneira orgânica, vamos dizer, essas questões dentro das nossas preocupações. Mas nós também estamos reagindo a questões políticas ou outras, partidárias, questões políticas da mobilização dos movimentos sociais como um todo. Então nossa relação com o movimento lgbt, o feminismo, o movimento negro, enfim, tem uma série de fatores em que essas questões de UNGASS entre outros fatores fazem parte de um cálculo, de um raciocínio não muito reflexivo e talvez. Mas mais reativo e próativo que você vai construindo as suas políticas. Então isso interage com fontes de financiamentos que você tem acesso, isso interage com uma série de outros processos transnacionais do qual você participa. Então a gente acompanha os processos da ONU basicamente, acompanha os processos da sociedade civil transnacional, então são diversos eu diria, os fatores que acabam influenciando uma organização como a bia (?). Eu acho que dentro do mundo das ongs Aids e das ongs brasileiras, a bia (?) provavelmente tem uma... está atenta com as questões internacionais. Talvez um pouco mais do que as ongs... a maioria das ongs. Até

porque a bia (?) sempre teve um pouco o papel, um pouco de uma ong intermediária. Quer dizer, não era uma ong de base, era associação brasileira, tem uma base no Rio de Janeiro, mas sempre tentou de pensar a epidemia de uma maneira um pouco mais ampla e ter uma relação também de uma certa... um certo algo com academia, com a pesquisa. Não é uma instituição de pesquisa em termos acadêmicos, mas faz pesquisa. A bia (?) dialoga com a academia em termos das suas publicações, sempre tentando trazer pesquisadores e intelectuais, para pensar as questões da sociedade civil no enfrentamento da epidemia. Do mesmo modo que a bia (?) sempre tentou trazer pessoas de outros movimentos sociais para refletir sobre a questão de Aids. Então, se você olha Paulo Freire, as únicas coisas que ele escreveu sobre Aids foram parar no boletim da bia (?). A gente sempre teve essa coisa meio de ser um intermediário entre vários espaços, e tentar utilizar isso de uma maneira produtiva em termos do enfrentamento da epidemia. Eu acho que isso continua sendo característica da bia (?). Então a bia (?) um pouco lida mais com as tendências internacionais do que a maioria das ongs em termos da sua atuação. Eu diria que lida ou articula, mas não de uma maneira muito mecânica. Então talvez organizações menores teriam a tendência de ler e incorporar as recomendações da UNGASS mais do que a bia (?), que ia ler e dialogar, ou ler e pensar se isso encaixa no que a gente está fazendo, se isso faz sentido, em termos do que a gente está fazendo.

Q: Esse exercício foi feito, é isso?

E: Foi, mas não de uma maneira muito sistemática, não. Não numa maneira sistemática. Eu acho que muito mais numa leitura de diversas coisas que a agente vai fazendo em diversos campos. Então a bia (?) também tem, como você deve saber, tem no projeto sexual de (...??), que é muito mais sobre direitos sexuais. Tem a ver com a Aids mas tem um leque muito mais amplo de questões. Tem o gtpi (?) sobre propriedade intelectual, que lida com as questões de propriedade intelectual com Aids mas de uma maneira mais ampla também. Então a gente dialoga com o que eu chamaria de áreas afins. Que tem a ver com a Aids de uma maneira muito importante, mas também tem a ver com processos que vão além da Aids. Então a propriedade intelectual é uma série de processos da organização mundial de comércio, e as entidades internacionais de propriedade intelectual, que lidam com a Aids, como a declaração de Duhac (??) que tem a ver com saúde pública, e a sua relação com (...?), por exemplo. Isso tem muito a ver com Aids, mas é mais amplo do que a Aids. Então a bia (?) também trabalha com esses processos, que são extra UNGASS de certa forma. Como hoje em dia você vê essa grande série de polêmicas sobre direitos sexuais, as leis negativas em Uganda, Nigéria, de outros países. As brigas... nas entidades de direitos humanos da Onu e da própria assembleia geral da Onu. Então o (...?) dialoga com todos esses processos que incluem a Aids, mas que vão muito além da Aids. Então, nesse sentido, eu acho que provavelmente, quando comparado com muitas outras ongs, ongs Aids especialmente, a bia (?) tem um leque mais amplo de espaços e influências aonde as nossas posições e os nossos projetos são construídos.

Q: Posso entender então que as metas da UNGASS foram mais uma questão a ser debatida dentro da bia (?), do que qualquer ênfase norteadora, ou de caminho a ser seguido, ou de pressão sobre o programa....

E: Essa é a tua opinião. Valeria a pena perguntar a outras pessoas dentro da bia (?) o que eles acham, mas na minha opinião não seria fundamental. Um entre outras, é interessante, importante para ver a linha, realmente, dos programas e políticas de Aids estrito senso, mas tinha esse leque mais amplo que também faziam parte das nossas reflexões.

Q: Perfeito, senhor Richard, muito obrigado. Em relação... o senhor já mencionou comigo sobre a sociedade civil, o próprio perfil do movimento lgbt, que tinha a Aids como bandeira, e agora já não tem mais. Então a sociedade civil organizada ou até mesmo grupos de interesse institucionalizados, eles mudaram o seu perfil de atuação, e mesmo o próprio perfil da instituição ao longo desses 10 anos. E muito em função da conjuntura política, é isso?

E: Eu diria. É, a conjuntura política e econômica. As fontes de financiamento que poderiam ser utilizadas para o tipo trabalho que a bia (?) faz mudar muito e diminuir muito. Então nesse sentido a bia (?) realmente tinha que fazer uma série de mudanças na sua atuação para poder sobreviver.

Q: Eu tenho a impressão, não vou ser correte de onde eu ouvi, mas que, ao ler o vosso site, ou alguma das pessoas com quem conversei, que de fato a bia (?) era uma das poucas instituições que dependia de recurso público nacional. Sempre foi uma instituição que dependia de recursos internacionais, e daí garantida a sustentabilidade. E que na atual conjuntura isso muda, como o próprio doutor Richard me diz. É fato, de fato a bia (?) não buscava o recurso direto no programa ou...

E: Poucas. A gente sempre usava recursos de diversos lugares. Tinha uma época nos anos 90, quando a gente tinha um certo desentendimento com o programa, em meados dos anos 90, que provavelmente a gente não tinha nenhum apoio do governo federal, por exemplo. Mas desde 99, mais ou menos, a gente tem tido uma mistura. Nunca foram predominantes os recursos nacionais. Mas sempre tinha uma importância estratégica. Principalmente ao longo dos anos 2000, principalmente para financiar ações mais de base. Ações de prevenção ou de assistência de alguma forma para as populações mais vulneráveis do Brasil, esse tipo de coisa. Programas para populações específicas locais, a gente tem tido bastante projetos, vários projetos de apoio nacional, seja pelo governo federal, ou da secretaria estadual, enfim. Depende de as vezes o governo federal repassado para o nível estadual, e as concorrências são nesse nível. Mas nunca foi isso que, vamos dizer, segurou a base da bia (?). Isso sempre foi uma composição junto com recursos internacionais, que foram provavelmente predominantes... até hoje é predominante. Por várias razões. Hoje em dia nós temos a aprovação de um projeto bastante significativo desde o ano passado de recursos nacionais via o ministério da saúde, mas já tem até hoje, em maio... Eu fui no dia 31 de dezembro para assinar na secretaria de saúde o contrato (...?) em Brasília, foi assinado no último dia do ano passado, e até hoje os recursos não chegaram. Então, se vão chegar ou não, só deus sabe. Esse é um tipo de recurso que a gente está tentando conseguir a 3 anos. Finalmente foi aprovado no ano passado, mas não chegou ainda o recurso. Se chegar, é um recurso comparável com o maior projeto de apoio internacional que a gente tem. Mas tem que chegar.

Q: Pois, é. Por enquanto, basicamente, é internacional o financiamento.

E: É.

Q: Ok. E dentro daquele período, 2001 e 2010. Qual foi a ação, as vezes um decreto lei, uma intervenção do programa nacional, que o senhor consideraria louvável, algo que possa ser destacável no sucesso ou insucesso.

E: São vários... eu acho que as questões mais importantes foram como o licenciamento compulsório do medicamento que em 2007 é feito. (...) Que Lula declara o licenciamento compulsório para isso. Isso foi certamente muito importante. O papel do governo brasileiro em termos de lutar para os preços menores de medicamentos foram importantes. A coragem do governo brasileiro, acho que foi em 2004, de recusar o dinheiro de usaid (?). Da questão dos direitos dos trabalhadores do sexo, era super importante. Nenhum outro país fez isso. É uma coisa que eu acho que todo mundo no movimento de de Aids brasileiro sentiu orgulho dessa posição. Inclusive nós perdemos dinheiro por causa disso. Então foram muitos. Lamentavelmente a maior parte dessas coisas foram, nos últimos anos, foram sendo contra balanceadas por coisas ruins. Então, se a recusa do dinheiro americano por causa de desrespeito dos direitos humanos das prostitutas foi uma grande conquista. A censura da campanha de prevenção para trabalhadores de sexo, é feito no governo Dilma, foi uma vergonha nacional. Nessas coisas temos bons exemplos e temos péssimos exemplos. Lamentavelmente nos últimos tempos, os exemplos negativos tem predominado em relação com a época de ouro, como eu chamo, quando o Brasil foi uma liderança mundial, em termos de enfrentamento da Aids.

Q: Entretanto, doutor Richard. Quando eu faço a investigação, a comparação entre os relatórios de vigilância epidemiológica dos dois países no período proposto, eu tenho um grande constrangimento que é: desde antes dos anos 2000, Portugal faz a vigilância epidemiológica dos pacientes, desde os portadores assintomáticos, até doentes de Aids. Os relatórios brasileiros só contabilizam os casos de Aids. Qual é a opinião da sua (?) sobre isso, e o que foi feito em relação a isso?

E: Isso é, obviamente... cria-se uma grande dificuldade. A falta de dados mais precisos sobre HIV, e não só Aids faz muita falta. Por outro lado, o tamanho de Portugal, é o tamanho de um dos estados maiores dentro da federação do Brasil. E de fazer o que Portugal faz é uma coisa que é muito mais fácil num país menor do que num país do tamanho do Brasil. Então eu acho que enquanto eu lamento não ter o conhecimento... há uma regra básica, tanto de UNGASS quanto de UNAIDS, know your epidemic. Conheça sua epidemia. É de uma importância fundamental. Eu acho que o Brasil faz o que pode nesse sentido. Mas o tamanho imenso, uma população de duzentos e não sei quantos milhões de pessoas, coloca desafios de uma ordem muito diferente no Brasil. Certamente gostaríamos de ter dados mais precisos do que temos. Pelo outro lado, apesar de talvez não ter números tão completos, eu diria que, a epidemiologia brasileira como disciplina, como área de saber, é bastante sofisticada, e bastante profissional. E então os estudos de vigilância (...?), os estudos que tem sido feitos no Brasil, eu não sinto que eu estou trabalhando com uma epidemia desconhecida. Até, talvez, não ter os mesmo dados precisos que você tem em Portugal, eu sinto que a gente mais ou menos entende onde é nossa epidemia, e quais são as

tendências, quais são as questões epidemiológicas, que precisamos levar em conta. Eu acho que com o passar do tempo, até no começo da epidemia, trabalhávamos por aquelas ficções necessárias, que a epidemia vai atingir a população toda, etc e tal. Hoje em dia a gente sabe que não é bem a verdade. Que são certos grupos que são muito mais expostos, mais vulneráveis, e que é ali que o nosso esforço tem que ser maior. Não quer dizer que nós vamos ignorar a democratização da informação tem sido a meta da bia (?) desde o seu fundamento, com o Betinho nos anos 80. Foi de trabalhar para a democratização da informação, e continuamos fazendo isso para todos. Mas também sabemos que são populações mais moderadas, onde a gente tem concentrado os esforços. No caso da bia (?), os homossexuais tem sido talvez a população prioritária, especialmente os jovens, mas também temos feito projetos para homossexuais de terceira idade etc e tal. E também tem feito projetos para populações de jovens de todas as identidades sexuais, e de mulheres heterossexuais, enfim, a gente não limita uma população ou outra, mas tem sido nessas três, talvez, homossexuais, jovens e mulheres que o nosso esforço tem sido maior. E isso é porque, na nossa opinião, são os grupos mais vulneráveis, em termos das características... em termos determinantes sociais da epidemia no Brasil.

Q: Perfeito, e apesar da gente não ter o perfil do HIV, graças àqueles perfis epidemiológicos dos casos de Aids que também indicam isso nessas populações mais vulneráveis, é possível fazer uma intervenção fundamentada nisso.

E: Exatamente.

Q: É um grande constrangimento para eu comparar. Esse dado eu não tenho para comparar. Mas casos de Aids a gente tem, e eu vou comparando e foi o que fundamentou a minha intervenção. Entretanto, nessa comparação, quando eu olho só os casos de Aids, nesses 10 anos que eu estou investigando, um fato que chamou a nossa atenção foi que, nos anos... no início dos anos 2000, em Portugal, os tóxicodependentes, os usuários de drogas, aqui a gente fala tóxicodependentes, né?

E: Aqui a gente fala de usuário...

Q: Udi, isso... Em Portugal, os udis em 2001, representavam 50% de novos casos. Agora em 2010, quando eu vou analisar, eles estão em menos de 10%. Nesse mesmo período, eles já não são um grande constrangimento brasileiro. Então fica pertinho de 1% durante toda essa década. É algo que a bia (?) olha, repara?

E: Só no nível das políticas. A bia (?) nunca desenvolveu projetos para essa população, mas sempre se mostrou a favor da redução de danos, a favor da descriminalização da questão do uso de drogas. De encarar a questão de drogas como uma questão de saúde pública, que não da criminalização, e de apoiar as políticas de trocas de seringas. Então a nossa atuação com drogas foi muito mais num nível político do que implementar programas. Eu acho que as políticas adotadas no Brasil, resolveram essa questão em grande medida, a epidemia entre usuários de drogas é razoavelmente bem controlada. Novamente, há uma preocupação sobre fechamento de programas de troca de seringas de uma série de coisas nos últimos anos. Mas isso é novamente

uma questão política...

Q: Bancada evangélica com valores que corrompem...

E: Exatamente. A questão... a postura das igrejas evangélicas com a questão de drogas. Muitas dessas igrejas surgem em comunidades afetadas negativamente pela questão do uso de drogas pelos pobres. E a epidemia de crack que não é vinculada ao HIV. Há o retorno à uma lógica mais de controle criminal da questão de drogas, e de abandonar a perspectiva de saúde pública, que nos preocupa muito. Não sabemos se isso vai reverter em taxas de incidência crescente. Não temos essa certeza, mas é uma preocupação. Temos um sinal de alerta, vamos dizer sobre a questão de drogas.

Q: Mas é um alerta que surge não necessariamente por causa da questão dos udi, mas mais pelo crack...

E: Pelo crack e a maneira como encarar a questão de drogas pode reverter para os usuários também de drogas injetáveis. Tivemos uma grande conquista de arrancar do setor criminal, do setor jurídico a questão de drogas. E a gente está vendo o setor jurídico readquirindo o seu domínio. Isso preocupa um pouco.

Q: Um exemplo disso seria o internamento compulsório. Já não é mais um direito (...)... já é mais recente, não entra no meu período de investigação.

E: Exatamente.

Entrevista realizada à Dra. Mariangela Simão Galvão, via Skype, no dia 04/06/2014, às 17hs.

(E): A questão norteadora de minha tese é "Como é que em países sujeitos à mesma pressão internacional (ambas são signatários das Metas da UNGASS), possuidores de Programas Nacionais de Controle do HIV/aids (com acesso universal ao tratamento) e grupos de interesse institucionalmente constituídos (como é o caso da ABIA, no Brasil e ABRAÇO, em Portugal), apresentam tendências distintas na taxa estimada de prevalência do HIV na população adulta, entre 2001 e 2011, passou de 0,4% para 0,3% no Brasil e de 0,6% para 0,7% em Portugal, enquanto no mundo estabilizou em 0,8%, segundo o Global Report da UNAIDS, 2012?" Qual é a sua opinião sobre esta questão?

(MG): Estaticamente esta diferença não é significativa, pois na prevalência você junta os vivos e mortos, e quanto mais as pessoas ficam vivas, mais aumenta a prevalência, diferente da incidência, que é uma forma melhor de medir... o Brasil ainda estava trabalhando indicadores para a incidência de HIV e não de aids. Primeiramente, não sei se é uma diferença de fato. Pois no Brasil, por exemplo, a incidência é calculada pelo Sentinela (fundamentado pelo Português), e ali se faz uma extrapolação para o adulto jovem, e isto são apenas modelos, e não como se tivessem sido contadas as pessoas que vivem com HIV, não é indicador que possa atribuir tanta previsão. Além disso, há outros modelos que demonstrariam de que a prevalência no Brasil talvez fosse ainda mais baixo. Não é correto atribuir tendência de aumento em Portugal ou de diminuição no Brasil, por um modelo que apenas estima prevalência. Pois os países em análise não utilizam o mesmo software, nem Brasil nem Portugal, utilizam o Spectrum para perceber as respectivas prevalências, visto que os dados que cada um dos países apresentam dados distintos, pois utilizam critérios distintos para este dado.

E: Momentos mais significativos da PP de enfrentamento da aids no Brasil, entre 2001 e 2010.

(MG): Na minha gestão fizemos a primeira licença compulsória, com a queda de patente, em 2007, do Ivaferense. Outra coisa que gostei foi pactuar os planos de enfrentamento do novo perfil da epidemia, com os conselhos de secretários municipais, com CONASEM, COSEN, plano de enfrentamento entre gays, entre mulheres. Na época de Paulo Teixeira os genéricos foi um grande avanço.

(E): Em relação as metas, como foram percebidas em sua gestão?

(MG): Na verdade o Brasil influenciou muito o estabelecimento das metas, o PN vem de outra origem, em 2001, as Metas surgem para empurrar a resposta mundial. O que o Brasil fez nos anos seguintes, Por exemplo em 2001 não se falava em acesso universal, depois em 2006 já se inclui isto, pois o Brasil tinha um papel super importante no cenário mundial em mostrar que um país em desenvolvimento podia fazer acontecer este tipo de movimento. Não diria que as metas da UNGASS influenciaram o estabelecimento que o Brasil tinha no enfrentamento da aids, mais ao contrário, a exemplo da política de acesso universal ao tratamento. Considero que é incorreto dizer que foi influenciado.

E: Sobre SC organizada, como usaram as metas na intervenção junto ao PN e a diferença ao longo da década?

(MG): As metas de UNGASS e de 2006 oferecem um padrão de monitoramento, ao endossar qualquer declaração de compromisso os países se comprometem, mas se não houver monitoramento fica só uma declaração de compromisso sem nenhuma estrutura para acompanhamento, e as Metas ajudaram o Brasil, pois não era necessariamente reconhecida pela SC, tivemos a Gestos que cria o Fórum UNGASS para monitorar, e como o Brasil assinou, era considerado relevante um relatório da SC para perceber a ação do País. Sugiro conversar com a Alexandra Nilo, da Gestos, responsáveis por este seminário, que era inclusive pago pelo Governo. Com periodicidade a cada dois anos. Por vezes feito em conjunto e outras vezes só publicado pela SC e depois pelo PN, visto ser o governo que reporta, e não a SC. Houve um processo de controle social, neste fórum, voltado para as metas. NO Brasil há outros mecanismos de controle social, estamos muito mais avançado do que em outros países. O monitoramento dentro do país não +e feito em função das metas da UNGASS, estas trazem indicadores que não dizem respeito ao Brasil, o caso dos órfãos, por exemplo.

E: Boletim brasil só aids e Portugal PA, CRS e Aids.

(MG): Uma discussão global é que com o tratamento mais precoce não teremos mais aids, você passa ter muito menos casos de aids, pois as pessoas passam a ser tratadas antes de ficarem doentes. Durante muitos anos a classificação internacional, quando se falava de HIV, estava de fato falando de aids, e a denominação foi mudando com o tempo, e eram todas as pessoas vivendo com HIV, tendo aids ou não. Hoje o Brasil já faz esta notificação, em São Paulo já há algum tempo fazia, o racional do comité de epidemiologia, para a não implementação da notificação sistemática do HIV, exceto em gestão, que já acontece há muito tempo, era que você não fazia nada com esta informação, de dois anos para cada, de 2011, principalmente, que os dados demonstram que o tratamento já é prevenção e o sistema de notificação agora mudou. O Brasil tem um sistema de notificação de aids e bastante pesada, e qualquer mudança no SINAN demora anos, sendo talvez o melhor sistema de notificação de doenças no geral, em todo o mundo.

E: O que justifica o aumento de morte por aids no Brasil, desde 2006?

(MG): Primeiro, houve uma correção nos bancos de dados. As pessoas de fato morrem de aids, não podem é morrer de modo prematuro. Deve olhar para este dado de moto específico, tentando perceber o ano de morte em função de diagnóstico. Parte da mortalidade no Brasil é devido às pessoas se apresentando muito tarde ao diagnóstico. Outra parte é porque já há programas a longo tempo, e chega num ponto em que não há novas possibilidades terapêuticas. Mas de fato houve também subnotificação dos óbitos, teve um estudo de Célia Amante, que já estimava a subnotificação. Sendo que um estudo calculou melhor este dado, ou seja, a mortalidade era atribuída a outras causas, pois como não se morre de aids, mas sim de doenças causadas por esta, não eram identificadas como tal. Há um estudo recente (2011/2012) de

correção da mortalidade, em que foi calculada em vez de 10% de correção para 17% de correção no SIM. No Brasil, 50% dos casos eram tratados já com CD4 abaixo de 350, este é um problema em todo o mundo. As pessoas tem tido dificuldade em aceder ao serviço, é um problema muito sério ainda o diagnóstico tardio. Conseguem-se perceber isto pelo número de mortes no primeiro ano de diagnóstico. No Brasil quem consegue trabalhar bem estes dados é a Ana Roberta.

E: Em relação a diferença entre UDI Brasil e Portugal.

(MG): Acontece que no Brasil não há mais o problema das drogas injetáveis. O maior especialista é Francisco Inácio Bastos, Em 2010, ainda estava no PN quando publicou-se um estudo sobre este dado, e esta autoridade em Pessoas que usam drogas, e quase não se conseguiu encontrar utilizadores de drogas injetáveis, que foi substituída pelo crack. Não se pode comparar Brasil e Portugal sobre os UDI, pois são epidemia com diferentes perfis e não são comparáveis. No Brasil os dados sobre esta população no Brasil vai até 2001/2002, depois não se vê mais.

E: como chegou ao Cargo

(MG): Eu morava fora do Brasil, vazia consultorias para a UNAIDS (...), sou funcionária pública do Estado do Paraná, há 30 anos, como médica pediatra, fui ao MS como chefe da área de cooperação internacional do PN, na gestão do Alexandre Grangeiro, trabalhei vida toda em todas as áreas de saúde pública, e a aids sempre teve sob minha supervisão, não como coordenadora, mas aids sempre esteve subordinada ao meu trabalho, sou do movimento municipalista... enquanto coordenava a cooperação internacional, depois saiu Alexandre, quando Pedro Chequer voltou, eu era adjunta deste, e quando ele teve de voltar à UNAIDS, eu assumi, muito em função de minha experiência na área da saúde. Desde o início de 2006 até meados de 2010 quando vim à Genebra para a UNAIDS.

E: Hipótese para resposta em função de maior investimento em prevenção e Portugal em tratamento.

(MG): Não há cabimento, pois o Brasil investe em tratamento desde 1996. O que o Brasil tem é uma resposta mais combinada. Há a prevenção baseada no comportamento sexual mais seguro e um macivo investimento financeiro em tratamento. Não se pode comparar isto. O resultado é a mistura de ambos, a política de prevenção com o acesso ao tratamento. Pois se perceber o dinheiro que o Brasil investe desde que trata, em tratamento gasta muito mais, pois é um insumo caro, avaliar carga viral, CD4, medicamentos, e o Brasil avançou muito nisto.

Entrevista realizada por Everton Dalmann (E) ao Dr. Pedro Chequer (PC), via Skype, no dia 07/06/2014, às 13hs.

(E): A questão norteadora de minha tese é "Como é que em países sujeitos à mesma pressão internacional (ambas são signatários das Metas da UNGASS), possuidores de Programas Nacionais de Controle do HIV/aids (com acesso universal ao tratamento) e grupos de interesse institucionalmente constituídos (como é o caso da ABIA, no Brasil e ABRAÇO, em Portugal), apresentam tendências distintas na taxa estimada de prevalência do HIV na população adulta, entre 2001 e 2011, passou de 0,4% para 0,3% no Brasil e de 0,6% para 0,7% em Portugal, enquanto no mundo estabilizou em 0,8%, segundo o Global Report da UNAIDS, 2012?" Qual é a sua opinião sobre esta questão?

(PC): Eu teria cautela em contrapor com esta diferença porque o software utilizado pela UNAIDS, o spectrum tem uma série de problemas as vezes. Por que se você for ver por exemplo o intervalo confiança, termina a coisa se sobrepondo. No ano passado eu participei de um comitê convocado pelo PN, já na gestão do Dr. Fábio Mesquita, sobre um dado do Brasil que ainda não está fechado, tentamos criar um modelo para o Brasil, pois o spectrum tem problema para analisar o nosso país que começou a utilizar a terapia mais precocemente. Este é um aspeto importante da perspectiva da epidemia, e na época eu não sabia que a terapia era também prevenção. E esta influência no brasil passou-se de um modo mais importante. Utilizamos um modelo fora do spectrum, onde tomava as prevalências das populações mais vulneráveis, e a partir daí fazer extrapolação e utilizando-se o que se conhece acerca da proporção de pessoas em determinados segmentos, TS, HSH, e chegamos num dado entre 549 e 700 mil. E no global, talvez 800 mil. Então tenha cautela em relação ao spectrum, que não é muito fidedigno, apesar de que a UNAIDS aperfeiçoou isto. Mas nas estimas de prevalências anteriores houve um aumento, que a prevalência global diminui, o número dos milhões houve uma queda... o modelo foi reajustado. Ainda é uma estimativa bastante sujeita a futuras revisões.

E: Momentos mais significativos da PP de enfrentamento da aids no Brasil, entre 2001 e 2010.

(PC): Estive em 2004, 2005 e início de 2006 em frente do PN. Um ponto muito importante que entendo como louvável, foi a intervenção do governo americano, em 2004, quando Bush era presidente, que por um lado promoveu diagnóstico e tratamento, houve um retrocesso científico muito grande, não só na aids, e houve uma legislação americana, passada e sancionada no senado, que proibia o financiamento, com o recurso financeiro americano, que é o caso do USAID, de financiamento de projetos com trabalhadoras sexuais, creio que foi um momento importante para demonstrar que o Brasil seu compromisso com os DH e com tema do envolvimento da SC como atores, e não só recetores de recursos. Na época foi tomada a decisão de rejeitar os 40 milhões de dólares do governo americano. Foi muito importante como manutenção deste ponto de vista. (Mas recentemente esta coisa se perdeu, agora a igreja passou a reger as pp de populações vulneráveis. No início da atual década o brasil passou de vanguarda para retaguarda. Essa subserviência a igreja que é tão grande no Brasil, sobre tudo dos pentecostais. era mesmo

representante dos direitos da sociedade civil.)

Outro momento significativo foi a participação do Brasil em Doha. José Serra era ministro, e o Brasil influenciou muito esta declaração em relação a propriedade intelectual. Teve uma posição decisiva sobre isto. Apesar de que a declaração de Doha depois ficou muito a bailar. Hoje a Licença compulsória, não se houve mais falar.

Além disso, também, declaro o início do processo de se trabalhar pela emissão de licença compulsória, usando as alternativas da tríplice? Em setembro de 2004, retomamos este processo e estabelecemos as bases jurídicas e técnicas para emitir na licença compulsória (em 2007 culmina). Na época apesar do ministro ser a favor, a Casa Civil não avançou, e abortou o processo, mas quando assume Saraiva Filipe, novo ministro, e também favorável, e de repente decidiu que o Furlan da indústria e comércio deveria estar em frente as negociações com a HABOB, E vem a acontecer depois com o Efaverense, na gestão da Dra. Mariangela, no início a proposta era Caletta, Efaverense e Tenofovir, que era as três drogas que custavam bastante ao governo e tinham uso bastante extenso, o que daria uma economia grande. De fato aconteceu para ibafufreense, mas parou por aí, daqui a pouco as drogas novas estarão sob patente, e teremos de voltar a importar. E continuar inclusive utilizando o esquema de drogas separadas, quando um dos princípios da OMS para a adesão é três em um, e nisto aí tem havido relutância política e técnica, havendo dificuldades de se avançar. Hoje nem sei se no Brasil já há o 3 em 1, pois lembro que em 2004, o PN financiou a fiocruz para avançar com o 2 em 1, e agora para o 3 em 1, não sei se o Brasil já está produzindo. Nisto estamos um pouco atrasados, enquanto até países africanos, sob financiamento internacional (Fundação Clinton, ou Path Far, ou UNITAID), já utilizam. O Brasil ainda tem dificuldades em relação a isso.

Esta década, além disto, também representou uma progressiva perda de autonomia política do PN, ele tinha uma autonomia política muito grande e com o fato de virar departamento, o que foi em princípio visto como um grande logro, na realidade foi um retrocesso, porque o programa passou a ter uma subordinação muito grande a Secretaria da Vigilância, perdeu autonomia na Comunicação, nas publicações, e a autonomia de “gerir a casa”, e nunca mais recuperou essa autonomia, e esta perda de autonomia é agravada pela política retrograda e conservadora do Palácio do Planalto.

(E): Em relação as metas, como foram percebidas em sua gestão?

(PC): Na verdade, ainda não, me lembro que em 2005 foram feitas as reuniões com a Sociedade Civil, mas não eram norteadoras, o Brasil mantinha sua própria linha de trabalho e antecedeu a UNGASS a indissociabilidade entre a prevenção e tratamento, e influenciou em 2001 a adoção deste princípio como estratégico essencial e isto se mantém até hoje, nas campanhas do Dia Mundial nunca adotamos os lemas da UNAIDS, pois geralmente não tinha a ver com nossa realidade. De qualquer modo as ODM e UNGASS foram tomadas como referencia essencial, e tem um compromisso em ter avançado nas metas dos ODM. Eram vistas as Metas da UNGASS mais como princípios do país a serem observados, e lembramos das Metas da UNGASS, na época de reporta. Não se toma como inserido nas metas do programa, acontece mas não fundamentam a

formulação e implementação das PP. Tem-se a UNGASS em conta, pois coincide-se o entendimento, até porque o país ajudou a construir UNGASS, mas em alguns momentos a UNGASS é bom é outros é ruim, mas hoje imita a linha ungass, por evitar temas polêmicos, pois a UNGASS tem que evitar explicitar alguns grupos mais vulneráveis, trabalhando de modo mais indireto a linguagem, para enfrentar o vaticano e países islâmicos, tentando o consenso, e usa diferente aquela linguagem que o Brasil gostaria de ter visto exposta.

E: Sobre SC organizada, como usaram as metas na intervenção junto ao PN e a diferença ao longo da década?

(PC): Há grande diferença. Hoje se verifica um processo de desmobilização, desmotivação, desfinanciamento da SC, por parte do Governo. Como havia uma certa aliança e similaridade de entendimento entre SC e a oposição na época, envolvendo os partidos de esquerda, este processo evoluiu, e muitos segmentos silenciaram-se diante da adversidade, não em nome da causa, mas em nome de um viés ideológico, e vejo claramente isto no segmento LGBT, por exemplo. Quando o presidente da ABGLT Toni Reis que assumiu publicamente o apoio a candidatura da Dilma confundindo a figura de cidadão com a da instituição que representava, o que foi um desastre, criando um viés e se perdesse credibilidade, apesar dos muitos avanços que ajudou a conquistar, teve este viés e isto criou arestas externas e esvaziamento político da ABGLT. E mesmo na adversidade forte, com os compromissos bíblicos de Dilma, nunca houve um posicionamento forte, explícito, político. Por vezes se posicionava, por exemplo, no âmbito interno, durante um GT que fizemos e que estávamos alguns deputados, sobre a PLC 122 para a criminalização da homofobia, e é um assunto que trabalha diretamente as populações mais vulneráveis, onde foi elaborado um documento de apoio. Outra coisa que também confunde a agenda, é que alguns eles priorizam o casamento, outros a criminalização. Hoje a prioridade é trabalhar a criminalização, mas esta outra agenda cria mais arestas, com os conservadores que tem prevalecido. O Toni teve mérito de dar visibilidade a ABGLT e conseguir avanços importantes, pelo trânsito político que tinha, e de várias questões deste segmento, apenas durante a campanha de eleição presidencial a coisa ficou nebulosa, mas na sua gestão foi eficaz. Neste período a ABIA foi parceira, e teve e continua a ter um papel muito importante na questão da propriedade intelectual e na implementação da trílice? E a ABIA tem sido uma das poucas vozes perseverantes no posicionamento contra o retrocesso conservador nas Políticas Públicas, e tem se manifestado a este respeito, inclusive, por vezes abdicando de interesses próprios abre mão de logros e vantagens para manter a posição ética e corente. Uma das poucas, nesta linha, se perdeu a SC neste linha. Há um silêncio profundo. Uma hipótese para isto não é necessariamente o financiamento, a questão é mais de compromisso ético que se mantém, e com princípios, cidadania e no caso da ABIA se mantém fiel aos princípios do Betinho.

E: Boletim Brasil só Aids e Portugal PA, CRS e Aids.

(PC): No Brasil, desde o início e até agora, sempre se trabalhou com a notificação de casos de Aids. Há estudos que trabalham a prevalência que é o estudo multicêntrico de populações mais vulneráveis, que contempla HSH, TS, UDI, sendo um trabalho importante e que não é muito

difundido e que deveria ser a referência para instrumentalizar a formulação de políticas públicas, e trabalha a prevalência. Temos muitos estudos sobre comportamento, a exemplo do PCAP, mas nas prevalências nacionais o Brasil tem uma lacuna importante. Esta lacuna já era percebida, mas nunca avançou muito, pois tinha um sistema de vigilância que dava conta de algum modo da incidência, nós tentamos em 1998/99 de utilizar a metodologia do CDC que permitia estabelecer a incidência, na época chamava D-Tune, que usava para perceber a incidência, em seis meses, usando Elisa antigo e moderno, em função da diferença de resultados, dava a incidência do HIV, mas nunca avançou também. Porque, mais do que prevalência, o que conta é a incidência da infecção. A prevalência no Brasil é uma faca de dois gumes, pois a medida em que aumenta a sobrevida, com introdução da terapia e a prevalência torna-se cada vez mais cumulativo, e redução houve uma redução da mortalidade... o que deveria nortear era a incidência. A notificação do HIV não lhe da esta medida. Ela já acontece a notificação do HIV em gestantes, e já na época do Dirceu a notificação do HIV estava avançando, mas não da a medida da incidência. A notificação do HIV é muito importante para nível local, para perceber quem é seropositivo e de quem tem que ser acompanhado para a pré terapial Mas no Brasil, agora que adotou a estratégia da UNAIDS de diagnosticar e já tratar, como um avanço recente. Então a questão da pré terapia deixa de existir, porque o objetivo é positivo inicia-se o tratamento independente de CD4. Uma série de indicadores que perdem sentido se considerados alguns países. A prevalência não é muito boa no Brasil visto que a sobrevida aumentou e é cumulativa e então a tendência é aumentar.

E: O que justifica o aumento de morte por aids no Brasil, desde 2006?

(PC): Primeiro, a medida em que houve uma queda significativa da mortalidade em fins de 1990, aumentou a sobrevida, mas ainda não ao ponto de que o tratamento permita uma sobrevida tal que se equiva a sobrevida da população em geral, ou seja não se iguala a da população em geral. Segundo, tem-se observado uma cerca deterioração do SUS, com redução ao acesso a leitos, um processo de privatização e crise já preocupante. Por exemplo, sendo muito comum no RJ diagnosticar HIV em estado terminal de aids. E o início tardio da terapia significa óbito a caminho, pois com CD4 baixo pode-se fazer muito pouco quando se inicia a terapia com ele abaixo de 200. Isto aumenta as taxas de mortalidade. Mas também se observar, um aspecto interessante, é que em mulher negra a mortalidade nunca caiu, pois a inequidade racial no SUS é séria, o acolhimento é diferente pela questão racial. Mas se verificar, em mulheres em geral, a mortalidade entre mulheres caiu, mas mais entre homens do que mulheres. A diferença entre homens e mulheres entende-se, pois entendia-se a doença, como doença de homens, isto foi percebido depois e o diagnóstico era feito tardiamente. Então isto prova que há diferença no atendimento racial. O diagnóstico tardio também pode justificar este aumento.

E: Em relação a diferença entre UDI Brasil e Portugal.

(PC): No Brasil era um problema mais para o Sul do país, de São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, muito semelhante ao perfil de Argentina e Uruguai. Em algum momento UDI já correspondeu, na década de 90, perto de 20%. Uma hipótese para isto é o esgotamento da

população, muitos desta população que já morreu, por estigma, falta de acesso ao tratamento, e segundo, pela mudança do perfil de utilizadores de droga, que passa pela migração para outra droga, que o uso passa a ser oral e assim a transmissão passa a ser sexual, como é caso do crack atualmente em São Paulo. De um modo geral nos países que havia uma epidemia de uso de drogas esta mudou de perfil de transmissão não sexual para sexual, na europa central houve uma migração maciça da transmissão via de seringas compartilhadas para a via sexual, atualmente este é um problema seríssimo na asia atualmente.

E: como chegou ao Cargo

(PC): Desde 1987 era vice diretor do programa quando este fora concedido formalmente, já era da área de epidemiologia, pesquisa e capacitação/tratamento, sob Gestão da Lair. Em 1996 houve acidente com Lair, que se afasta e eu assumo a função de Diretor. Em 2004, enquanto estava em Moçambique, a serviço da UNAIDS, e houve uma demanda do MS para a UNAIDS, pois o programa estava em crise, e foi chamado de volta. E em julho de 2004 havia, muitos problemas e eu cheguei em julho, e nunca fui nomeado, pois estava cedido pela UNAIDS, nunca tive salário do Governo, mas nunca saiu no Diário da República e mesmo assim nunca houve constrangimento em relação a isto, foi tranquilo, no diário oficial nunca saiu meu nome, para ser ordenador de despesa tem que ter DS, eu nunca ouvi dizer de um caso destes entre coordenadores nacionais. Os constrangimentos quando cheguei... havia um desgaste político entre o PN e o ministério, além disto o PN estava muito desanimado, faltava uma mobiliação e sendo necessário retomar algum vinculo com a SC, mas isto foi tentado de algum modo, mas um processo que se esvaziou com a descentralização do financiamento das ações das ONG, apesar de seguir o ponto de vista do SUS, para a aids foi ruim, pois os recursos eram repassados para os estados, e os estados na burocracia não consegue financiar a SC, enquanto estava no PN fazia com recurso internacional e podia financiar. Isto refletiu também no esvaziamento na SC, e encerramentos gerais, pois sem acesso a recursos é difícil conseguir trabalhar. A partir de então passou-se a depender de Estados e Municípios e muitas vezes por melhor intenção que haviam nos Programas, simplesmente não tinham como vencer a burocracia jurídica e legal da administração. Por outro lado, houve esvaziamento político nos Estados. Na medida em que o PN passou há uma segunda linha e hoje é em décima linha de prioridade, hoje o PN não tem uma visibilidade políticas, a Dilma nunca falou de aids, enquanto com FHC falava-se muito disto, o vice-presidente Marco Maciel participava no Dia Mundial da Aids, e isto perdeu-se, e isto é ruim, e além disto a descentralização dos recursos para os Estados, para financiar a sociedade civil, apesar de coerente com o SUS, ele foi um divisor de águas, e serviu para o esvaziamento da SC.

E: Hipótese para resposta em função de maior investimento em prevenção e Portugal em tratamento.

(PC): Tem que se avaliar muito bem, pois tratamento também é prevenção, e se tratarmos efetivamente 100% dos infetados, com adesão integral, chegar-se-á ao ponto em que encontrar um seropositivo que transmita é de forma isolada, e a tendência assim é acabar. Deve-se analisar a cobertura em Portugal e o perfil da epidemia, como havia muitos UDI havia transição do vírus?

Transcrições das Entrevistas realizadas com informantes-chave de Portugal

Entrevista realizada ao Dr. Pedro Silvério(P) e ao Dr. Luís Mendão (L) nas instalações do GAT e da Ser+.

(E): A questão norteadora de minha tese é “Como é que em países sujeitos à mesma pressão internacional (ambas são signatários das Metas da UNGASS), possuidores de Programas Nacionais de Controle do HIV/aids (com acesso universal ao tratamento) e grupos de interesse institucionalmente constituídos (como é o caso da ABIA, no Brasil e ABRAÇO, em Portugal), apresentam tendências distintas na taxa estimada de prevalência do HIV na população adulta, entre 2001 e 2011, passou de 0,4% para 0,3% no Brasil e de 0,6% para 0,7% em Portugal, enquanto no mundo estabilizou em 0,8%, segundo o Global Report da UNAIDS, 2012?” Qual é a vossa opinião sobre esta questão?

(P): Daquilo que conheço do Brasil, a partir de uma reunião da UNAIDS no RJ, percebe-se uma diferença muito grande no ativismo social no Brasil e em Portugal. No Brasil o número de pessoas e de organizações e o impacto que tem junto aos decisores é muitíssimo maior. Além disto houve posições que as OSC no Brasil lutaram e ganharam, e foi uma conquista destas, diferente do que aconteceu em Portugal, por exemplo com o acesso à terapêutica, aos medicamentos, em Portugal veio de mão beijada. Em Portugal as pessoas seropositivas tiveram a vida muito mais facilitada do que no Brasil, e por isto são muito menos ativistas. Além disso há um número significativo de pessoas que são seropositivas e assumem publicamente, enquanto em Portugal há quatro, sendo que 50% estão aqui presentes nesta sala. No Brasil há uma serie de pessoas que valam abertamente de sua seropositividade, através da comunicação social, enquanto aqui somos apenas quatro. Quando muito alguns dão depoimentos, mas de cara tapada... entretanto, recentemente, houve uma nova rapariga, do Alentejo, que assumiu sua seropositividade, mas que não tinha “pedalada”, preparação para isto e foi de tal modo massacrada pela comunicação social que já não dá depoimentos. Sempre que aparece um, acontece isto, por isso não há mais quem assuma. Enquanto que no Brasil a luta pelos direitos dos doentes, nomeadamente no acesso a terapêutica e á prevenção, foi muito mais luta, foi de fato uma luta, e conseguiu-se reverter a balança, deu as iniciativas das OSC muito mais força e respeitabilidade, aqui estas ações são vistas com muito mais condescendência. Aqui não conseguimos fazer nada, ou melhor... há algumas coisas que conseguimos fazer, mas são muito mais discretas, de formas menos públicas e visíveis, tais como propostas de alterações legislativas, definição de determinados programas ou pelo menos, em relação as normas terapêuticas, alteração de medicamentos, aprovação de ensaios clínicos, onde temos participação, é de uma forma muito respeitável, com pouco impacto da opinião pública. A prevenção primária deve ser feita para a população em geral e o impacto mediático de haver pessoas falarem de sua seropositividade a vontade, por exemplo, no Brasil há um impacto muito mais visível, a exemplo, das OSC a obrigarem o Supremo a dar os medicamentos gratuitamente e isso contribui muitíssimo para aumentar em Portugal e diminuir no Brasil a taxa de prevalência.

(L): Completamente de acordo com o Pedro. Em Portugal a Sociedade Civil nunca conseguiu colocar o HIV como grande prioridade. A sociedade em Portugal nunca reconheceu, aliás, uma tendência sempre durante muitos anos foi a de negar esta alta prevalência em Portugal, como meio de tirar prioridade à resposta ao HIV/aids. Outra questão muito distinta entre Brasil e Portugal esta na Educação Sexual e Reprodutiva, que em Portugal estão na lei e na constituição mas na realidade nunca houve um acesso universal a Educação Sexual na escola pública e privada.

(P): Ainda havendo uma resistência a esta política, tanto de esquerda quanto de direita. Sendo que a Presidente do Partido socialista é totalmente contra. A negação da realidade, que passa por sempre dizer que em seu mandato as coisas melhoraram, mas que de fato quando vamos ver as coisas pioraram, a negação da realidade, nestas pessoas mais antigas, é gritante, a exemplo da Dra. Odete Ferreira, que foi coordenadora muitos anos, em que todos os anos anunciava em Janeiro/Fevereiro que no ano anterior tinha reduzido o número de casos, isto porque, de fato há atrasos nas notificações... e o fato é que até 2001/2002 as notificações sempre foram crescendo. Mas ela negava isto todos os anos, segundo ela, que foi coordenadora talvez por 20 anos, sempre reduzia, e nesta linha de raciocínio, ao fim destes anos já não deveria ter ninguém... pois todos os anos descia. E esta negação, que vem de cima para baixo, sempre foi assim. Se falar com o atual Coordenador, o Dinis, ele vai dizer que isto não é assim pois os números... ainda não sabemos... há outros números só eu sei... pois temos meios novos de contabilizar as notificações... Fato é que nós não temos novos números desde 2011, pois mudaram o sistema, e publicaram dados em 2012, que não conferem com as séries anteriores, em 2013 não sabemos nada, pois é o SIVIDA, que é falado como sendo ótimo, maravilhoso, mas que não faz ligação com o sistema epidemiológico anterior. Isto é mais uma forma para negar a realidade.

(L): Outra questão que contribuiu para a diferença das prevalências, é o que aconteceu em Portugal (e outros países), mas aqui de fato de modo mais forte, é demorou-se para assumir que a epidemia é concentrada, isto acontece em Portugal muito recentemente, apenas 5 ou 6 anos para cá, e com uma minoria a assumi-lo, antes ninguém assumia que era necessário ações específicas de prevenção, diagnóstico e tratamento para populações especialmente vulneráveis ao HIV, houve sempre um discurso acerca do risco universal para toda a população, campanhas muito pouco eficazes, esta foi outra grande diferença entre Portugal e Brasil, pois no Brasil as campanhas de prevenção tocavam mais diretamente e tinham mais visibilidade do que as campanhas portuguesas, além da única exceção, são as campanhas da Abraço. Neste sentido a Abraço cumpriu um papel muito bem neste sentido, a ponto de, muitas vezes, as pessoas confundirem e associarem a Abraço como sendo a Comissão de Luta contra a Sida em Portugal, quando não era, e foram as únicas campanhas que tentaram romperem o conservadorismo nesta campanha, pois foi a única a fazer para UDI, a única a fazer uma campanha para HSH, com Batman e Robim, de modo muito discreto, mas voltadas para estas populações específicas. Em 2008/2009, sob responsabilidade de Henrique de Barros, um spot televisivo para HSH, mas com pouca visibilidade, passando no 2º canal público, com pouquíssima audiência.

(P): A Abraço de fato fez campanhas institucionais bastante boas, mas sempre de modo muito difícil, lembro-me de participar de briefings às agências, na avaliação que eles traziam... esta sobre drogas, o conservadorismo dos designers, dos criadores, era assustador, fazer uma campanha sobre drogas era mesmo muito difícil de fazer, pois nós também não aceitávamos se as campanhas não fossem efetivas. Entretanto as campanhas públicas eram sempre um desastre, do medo, da discriminação, haviam mal me quer brancos e ao meio um roxo... isto eram as campanhas que usavam muito.. era a campanha dos moralismos, fotos de casais do século XIX, marido mulher e filhos... mas tiveram de retirar pois a imagem era de um arquiduque da Áustria qualquer que morreu de sífilis. Isto é caricatura, mas é a verdade do que sempre fizeram. Sempre muito mal. Falta de educação sexual, falta de informação e campanhas com impacto, com consistência, a passar regularmente e em horas decentes. Pois para a Abraço fazer uma campanha era por favor, tinha sempre que "pedir licença", respeitar horários, dar os posters e propostas das televisões, que de vez em quando passavam, porque

eram engraçadas, pois a Abraço não tinha dinheiro para pagar isto. Isto é mesmo muito pouco, não posso comparar com o Brasil, pois não conheço... Mas os instrumentos básicos da prevenção: informação e os meios... havia muitas escolas que solicitavam palestras sobre aids, mas a Abraço apenas ia se deixassem distribuir preservativos, e muitas vezes então não ia, pois a escola não deixava. Isto foi na década em que estudas.

(L): Duas coisas também importantes, sobre o preservativo, tem a ver com a dificuldade ao acesso, nunca houve um programa nacional de acesso ao preservativo. Havia iniciativas dispersas. Nas escolas sempre foram muito difíceis, mesmo nas escolas dos grandes, digamos assim, mas mesmo nas universidades (que não tem máquinas de distribuição de preservativos). Nas prisões sempre foi muito difícil assegurar alguma sustentabilidade, pois há alguns em que as vezes há preservativos, mas não há uma cobertura sustentada em todos os sítios, e houve, por exemplo, nos sítios onde os seropositivos são tratadas, nunca vimos um preservativos, apesar de haver uma norma que garante que os seropositivos devem ter acesso privilegiado aos meios de prevenção. Havendo mesmo alguma recusa iminente de diretores de serviço na área da infectologia, argumentando que a função deles é prescrever medicamentos e não distribuir preservativos.

E, houve, em Portugal provavelmente uma epidemia superior ao Brasil, entre as pessoas que injetam drogas, e nós tivemos dois fatores decisivos. Um, em 1993, inauguramos o primeiro programa de troca de seringas, ainda com a Odete Ferreira como coordenadora, o que acontece é que a qualidade e a monitorização sobre o programa troca de seringas nunca foi feita, alias, a monitorização que a SC fez demonstrou que era sempre desastrosa, pois demonstrava que o programa funcionava muito mal, havia racionamento. O conceito, de que era mais seguro trocar a seringa, na prática funcionava muito mal. Politicamente fora muito importante que houvesse um programa de troca de seringas, mas depois era preciso (e isto falhou até 2000, sendo sete anos decisivos) falhou saber se as pessoas estavam a ter acesso ao materiais que precisavam e nas quantidades necessárias. Portanto havia farmácias que trocavam apenas uma seringa, enquanto o injetor necessitava de 7 ou 8, pois utilizava cocaína combinada com heroína, algumas farmácias só atendiam em horários reduzidos, ou seja, do ponto de vista político a coisa parecia feita, mas do ponto de vista técnico e da qualidade da resposta deixava muito a desejar...

(P): um exemplo disto é que fazíamos rides entre as farmácias a pedir seringas em Lisboa e do Porto e havia noites em que nenhuma das farmácias em serviço tinham seringas. Hoje quando falamos no programa de troca de seringas que é um sucesso, não é verdade, o programa da Odete Ferreira foi um desastre, do ponto de vista da implementação foi um desastre. Só quando muda legislação sobre drogas e o apoio a seropositivos no final da década de 90, o peso relativo dos UDI reduziu de 64% para 6% nos diagnósticos, em 15 anos, e esta queda foi muito grande... e pode contribuir para essa diferença da prevalência entre Brasil e Portugal.

(E): Esta diferença no peso dos UDI é significativa entre Brasil e Portugal, pois no Brasil nunca foi uma problemática muito relevante.0

L: Os dados acumulados das notificações, embora tenha vida a descer, em termos absolutos, 35% de todos os casos notificados são relacionados com UDI.

P:Foi a primeira grande vaga da epidemia, e desde 2000 (64%), o que se diz sobre 2013 é que foi só 6%, sendo que em 2011 tinha sido 8%, admito que tenha reduzido mais um bucado nestes dois últimos anos, e isto é muito significativo. Quase se pode dizer que a epidemia esta em vias de controle por este meio de infecção.

L: Há mais uma política básica que a unaida reconhece como essencial para o controle da epidemia entre UDI é o acesso fácil aos programas de substituição, através do uso da metadona e do prenorfina, pois a epidemia era basicamente de opióides e não de cocaína. E também aí, nós tivemos um programa experimental muito cedo, com 200 pessoas no Porto, e só se conseguiu o acesso destes medicamentos em 1997, com Sócrates, como adjunto do Primeiro ministro, porque houve sempre uma enorme oposição, com que a ideia de que utilizar estas substâncias era o mesmo que substituir uma droga por outra, portanto a noção errada do “drug free” era muito prevalente entre os psiquiatras responsáveis pelo tratamento, e existem algumas questões, pouco documentadas, acerca de pessoas que faziam trabalhos sexuais para juntar dinheiro justamente para o uso destas drogas, além de outros delitos, e furtos e econtrammos ainda em 2009, ao realizar um grande estudo com o IHMT, sobre populações específicas, tentando encontrar meios da prevalência em populações específicas. Quando uma trabalhadora do sexo reportava que ela ou o parceiro usavam drogas a prevalência passava para perto de 30% para o HIV, quando que na generalidade entre as mulheres era perto de 1%, nas trabalhadoras sexual, de rua, de origem africana perto de 3 ou 4%. Havia de fato essa enorme diferença entre as mulheres trabalhadoras sexuais, entre as que reportavam usar drogas e a restante população. Depois encontramos também nos transgenders e nos HSH que faziam trabalho sexual, em nossa amostra, de 1000 e tal pessoas, representam 15% do total da população, uma prevalência muito alta de HIV, mas ligada às drogas. Perto de 100 transgeneros que faziam trabalho sexual e as que reportavam consumir drogas, todas eram infectadas com HIV. Apenas em 2009 houve o primeiro estudo entre HSH e também aqui encontra-se num estudo europeu a prevalência em Portugal de 8% nesta população, demonstrando deste fato, embora todos com a vida sexual ativa estão sujeitos a risco de transmissão, que este risco não é igual em diferentes populações e em diferentes áreas geográficas. Por exemplo Lisboa e vale do tejo hoje representam quase 60% de todos os novos casos. Praticamente no interior há pouquíssimo. A prevalência, o número de diagnósticos, em relação a população e muito superior na área metropolitana de Lisboa.

(E) Isto reforça a indicação de que não havia o reconhecimento de que a epidemia era concentrada em Portugal.

(P) Estes estudos epidemiológicos não foram feitos com profundidade. A informação geográfica vinha dos relatórios mas nunca analisados de modo denso. Mas estudos epidemiológicos que permitissem perceber melhor a realidade, por que era numa cidade e não outra, onde nesta cidade, forma maior de transmissão. Vivem 3 milhões de pessoas, um terço da população nacional em Lisboa e vale tejo, sendo um terço da população nacional, mas concentrando mais da metade dos casos, por que? Como o vírus se transmite nesta área, como é, porque é assim, isto nunca foi feito. E continua a não ser feito por fontes governamentais, a Coordenação Nacional, no tempo do Henrique Barros patrocinou alguns estudos feitos pela SC e academia. E atualmente os que são feitos são de iniciativa da SC e academia.

(L) Com imigrantes estávamos fazendo em parceria com o IHMT, mas como força matriz a acção da SC que tem colocado a investigação na agenda da academia.

(P) Outro aspecto importante para perceber a diferença entre Brasil e Portugal, tem a ver com a discriminação. Em Portugal, apenas em 2006, houve a aprovação de uma lei em que a discriminação para pessoas com risco de saúde agravado as contemplassem. Até aí não havia nenhuma concretização de que as pessoas não podem ser discriminadas por seu estado de saúde. Esta lei tem sido aplicada de modo deficiente, não havendo uma entidade que controle

sua aplicação. As outras formas de discriminação, por raça ou género, tem uma instancia de controle, uma comissão para a igualdade, ou seja, um órgão que fiscaliza, produz informação, acompanha o processo, ajuda as pessoas. Aqui não há nada, há uma vaga informação colhida pelo Instituto da Reabilitação, mas que inclui tudo, ou seja, discriminação por doença ou deficiência física, mas que não tem análise nenhuma, é uma coisa simples, geralmente copi past de um ano para outro. Por exemplo o do ano passado, publicado, vem com os dados de 2010 identificados como sendo de 2011.

E : Esta era uma indicação das metas da UNGASS, sobre aprovar leis contra discriminação. Neste caso, foi iniciativa do Estado ou da Sociedade Civil?

P: Aqui em Portugal foi uma iniciativa da Sociedade Civil, pois até aí não foi feito nada sobre discriminação, sempre citam-se nos documentos oficiais, lá está, mas na prática não é feito nada. A primeira iniciativa que houve, em termos de discriminação, foi da Sociedade Civil, que foi a criação de um Centro anti Discriminação de apoio a pessoas com hiv. Foi uma iniciativa do GAT em parceria com a Ser +, que fica em Cascais. Apresentou-se o primeiro projeto em 2009 para financiamento, mas a Coordenação Nacional, na pessoa do Dr. Henrique Barros, recusou, pois não estava nas prioridades dadas ao financiamento. Voltou-se a apresentar no ano seguinte, e sob insistência minha junto ao Henrique de Barros, esta área foi considerada prioritário e assim de fato foi financiado. Iniciou-se informalmente em 2010, apenas realizando atendimento, a seguir torna-se mais complexo, pois foi aprovado para 04 anos desde então, terminando ao fim deste ano, e morre sem grande sucesso, pois não há neste momento financiamentos públicos para isto. Não havendo qualquer iniciativa governamental para substituir isto, e deveria existir sendo de uma organização não governamental ou mesmo governamental. Neste aspecto considero que as organizações não governamentais tem maior facilidade, sobretudo no acesso às pessoas, havendo menos barreiras. Hoje, além de serviços de informação e apoio aos direitos, tem uma componente de formação importante para as pessoas que atuam ou venham a atuar junto aos seropositivos, quer no meio laboral, social, escola, lares, creches, medicina do trabalho, serviços de higiene e medicina do trabalho. Além de realizar formação para as próprias organizações da sociedade civil no sentido de confidencialidade dos dados, proteção da segurança dos dados, como trabalhar os casos de discriminação, quais os recursos da sociedade civil disponíveis, tratamento aos dados... também é feito o apoio jurídico, e também temos um CEDOC apra o HIV/DH e Direitos reprodutivos, talvez a base documental sobre hiv mais completa em Portugal, sobre discriminação e direitos.

L: Também houve um grande atraso, pois o ideal era ter isto, antes de entrarmos neste século.

P: Ano passado foi feito o primeiro grande estudo sobre discriminação em Portugal, onde foram entrevistadas mais de 1060 pessoas seropositivas e os resultados na área da discriminação social são significativos, para aqueles que não são previstos em lei (sociais, na família) e também aqueles que são previstos em lei (discriminação no trabalho) pois as pessoas são discriminadas e despedidas e normalmente as pessoas não se queixam. Este estudo foi apresentado como proposta de alteração legislativa em Dezembro 2013 na assembleia da república e foi dito que a proposta esta em análise, mas até a data não foi feita, que pretende alterar as deficiências e lacunas que a lei tem, e que não permitem resolver as situações recorrentes.

L: Outras questões ligadas ao período que esta a estudar, é que em Portugal o movimento ligado aos direitos cívicos, nomeadamente, para a população LGBT nasceu tarde e nunca quis

se associar ao HIV. Sempre evitando esta associação, embora o criador e primeiro presidente da ILGA era seropositivo. E este medo da dupla discriminação sobre as populações mais atingidas pelo HIV tem tornado muitas vezes difícil a prevenção. Por exemplo, sempre que há a Gay Pride (Parada Gay), para fazer ações de prevenção junto a esta população, neste evento, tem sempre que haver uma grande negociação, pois as prioridades foram ter o casamento gay, atualmente na agenda política a não discriminação à adoção, que são assuntos importantes, mas as lideranças LGBT sempre teve muita resistência em vincular-se à temática do HIV. Além disso, por exemplo, tenho a ideia de que algumas pessoas ligadas a prostituição aparecem e organizam-se a nível comunitário em Portugal isto não aconteceu. A primeira tentativa de fazer uma organização de base comunitária de trabalhadoras do sexo só acontece em 2011, sendo ainda um pequeno grupo e não formalmente constituído. A primeira associação de consumidores de droga só surge em 2008, que foi a CASO. Existe eventualmente uma explicação de caráter epidemiológico, para a prevalência em Portugal ser tão alta, das mais altas da Europa, não havendo na Europa Ocidental um país que tenha uma prevalência estimada tão alta quanto a de Portugal. A não ser países como Letónia e Estónia, mas com uma característica muito específica, ligada ao consumo de drogas e aos imigrantes ciganos russos, sendo que Portugal tem movimento migratórios, quer do Sul para Portugal, quer de Portugal para África, ou seja, o número de portugueses que vai trabalhar por períodos largos em Angola é estimado em 200.000 e tem um turn over, e alguma transmissão heterossexual que há em Portugal, pode ter a ver com esta epidemia africana, pois nós temos mais contatos bilaterais, do que a maioria dos países.

E: Porque se dá uma queda tao brusca entre os novos casos de aids entre os UDI, em Portugal?

L: Houve três coisas para explicar esta queda. Primeiramente o Programa de Troca de Seringas, foi finalmente revisto e melhorado, em 1998 a primeira alteração, com apoio da Abraço para redesenhar o kit, pois só tinha uma seringa, um preservativo e um folheto informativo. E apenas em 2007 é que temos a versão atual do Kit, dispensado em um saco verde, que contem duas seringas, carga, preservativos, folheto informativo, agua destilada. Nesta altura condensa-se o racionamento das seringas, e acesso massificado do acesso aos programas de substituição (Carla Torres, da ANF fez um estudo sobre o desenvolvimento do KIT em Portugal). Além disso, auxiliou a descriminalização do uso de drogas, publicado em 2001. Julgo que Jorge Sampaio, presidente da república entre 1995 e 2005, depois foi embaixador do Sec. Geral da UNAIDS, para tuberculose, teve um papel muito importante ao mais alto nível por ter colocado este assunto na agenda.

P: Houve uma abordagem política ao mais alto nível, de Jorge Sampaio, afirmando que isto é um drama e deverá ser resolvido de modo objetivo e sem preconceitos. Foi uma abordagem política muito interessante. De fato alguns atores, mesmo de instituições governamentais, foram respaldados, incentivados a falar e dar opiniões, havendo uma mudança muito significativa. O enquadramento institucional e social que foi dado, foi completamente diferente, e isto, com o aumento do acesso e um kit de prevenção eficiente é responsável pelo resultado. Deste modo não se pode atribuir simplesmente à Dra. Odete Ferreira o sucesso do programa de redução de danos, pois se olharmos o período entre 1993 e 1998 os casos entre UDI vai aumentando ano a ano, só passando a diminuir a partir 1998. Desde 1983, até 2001 aumentava anualmente.

Linha temporal com as principais medidas legislativas e as consequentes respostas acerca das notificações, irá enviar por email.

L: Ainda, pode-se afirmar, que a única população acrescida de vulnerabilidade, com maior potencial de exposição ao HIV que teve prioridade e aplicação de recursos, legislação, desde o mais alto nível governamental, especificamente aplicados, foi a população de utilizadores de drogas injetáveis, foram os programas na área das drogas, percebendo-se efeitos positivos. Um exemplo, nas desproporcionais alocações de recursos, o orçamento do CIDAD, que neste momento é o organismo Público que coordena as políticas para o uso das drogas, que não tem a parte do tratamento, tem um orçamento que ronda os 80 milhões de euros, enquanto a comissão que coordena as políticas para o HIV, tem um orçamento que ronda os 3 ou 4 milhões, apenas para prevenção, diagnóstico, discriminação, não incluindo o recurso para tratamento. Tivemos responsáveis pelo programa do HIV em Portugal que se orgulhavam em não gastar todo o orçamento destinado para esta temática, ainda ano passado e há dois anos, o atual Coordenador Nacional, devolveu para o Orçamento de Estado, parte do dinheiro que foi conseguido alocar ao seu Departamento. Neste momento a Coordenação Nacional tem um Diretor em Part time, tem uma técnica (sem contrato, ou seja, sem vínculo definitivo) e tem duas ou três pessoas como administrativas, não sendo técnicos. A Coordenação, no tempo, da Dra. Odete, teve trinta pessoas, mas também uma pessoa não conseguirá fazer tão bom trabalho. A locação de recursos, entre Brasil e Portugal, poderia ser interessante analisar, pois as vezes há a declaração de intenções, mas quando se coloca em prática não é bem assim.

P: Portugal, por muitos anos, a nível governamental esteve completamente isolado da UNAIDS, tinha um lugar, enquanto membro da ONU, junto com Luxemburgo, Holanda e Bélgica, que revezavam-se em funções, mas o estado Português nunca havia lá posto o pé. Apenas em meados de 97/98 que fui membro da UNAIDS da sociedade civil, que tem 10 representantes (dois de cada grande grupo de países, na europa era um da europa ocidental e outro da oriental). O representante do governo de Luxemburgo questiona então porque nunca comparece Portugal nesta reunião. Apenas a partir daqui que Portugal passa a participar das estratégias mundiais do HIV. Não havia discussão, estávamos completamente ausentes da discussão, não sabíamos o que se fazia no mundo para a luta contra o HIV.

L: E aí, o Brasil teve sempre um papel muito ativo.

P: Na UNAIDS estava cheio de brasileiros, entretanto, por Portugal, o Fernando Ventura foi o primeiro coordenador a estar presente, mas foi mais para passear, pois nunca o vi fazer grandes intervenções ou coisas do gênero, e enquanto eu estive lá, 2 ou 3 anos, e a seguir saí e já não sei como está esta situação.

E: Hoje vocês sabem quem representa Portugal na UNAIDS?

L: Hoje é um Português, de descendência portuguesa, o Brian Teixeira, e a seguir ao Pedro Silvério quem estava a frente era Paulo Vieira. Este grupo teve um papel importante na preparação para a Assembleia Geral das Nações Unidas, que deu origem às Metas da UNGASS, era um grupo importante e diversificado. A maior parte dos documentos foram preparados.

P: Outra questão importante é que o Jorge Sampaio, após a questão da droga, em 2001 vai a Assembleia da UNGASS (como único chefe de estado da Europa Ocidental presente), e em 2005, no segundo mandato, Portugal fez um trabalho de preparação com a Sociedade Civil, mas tendo delegado esta função ao Ministério dos Negócios Estrangeiros, e neste setor não estávamos muito preparados, mas com meu apoio preparamos. Sendo que Portugal teve um papel muito ativo, pois estava muito bem representado, apesar de Inglaterra na altura ser presidente da UE, mas era apenas um embaixador, enquanto o Português era um chefe de estado.

L: Novamente na conferencia de Dublin o Jorge Sampaio é o único chefe de estado presente, e nesta conferencia produz-se a grande declaração europeia, pois é a primeira vez que esta dimensão da epidemia concentrada em grupos específicos, surge como o motor, na Europa, e mais uma vez esteve presente, e finalmente a UNAIDS incorpora a Declaração de Dublin às Metas da UNGASS e neste momento a monitorização é conjunta, mas isto teve pouca continuidade.

P: Mas estas ações ao mais alto nível não tiveram continuidade, o atual presidente “não está para aí virada, nem pouco, nem mais nem menos”, o governo Guterres era um governo cristão renascido, e não estava pra aí virado, atribuindo isto a responsabilidade dos médicos. O Durão Barroso idem, idem... Daí que, a seguir vem crise e tudo de muito mal. Mas o que estamos a espera agora é que haja um novo crescimento da epidemia, inclusive entre UDIs, e se perceberá entre 2011, 2012 e 2013, e é por isso que os dados não saem, dentre outros motivos, pois a transformação da Coordenação Nacional de luta contra a SIDA em um Serviço da Direção Geral de Saúde, a redução do número de pessoas, redução dos serviços, a não existência de programas financiados, e por isso não se disponibilizam os dados referentes a estes anos. Quer-se demonstrar que os dados eram maus até 2012, altura em que o atual coordenador toma posse, isto claramente como estratégia política e de promoção pessoal, assim poderá utilizar o discurso “como veem, sem dinheiro consegui fazer mais do que o anterior que tinha dinheiro.

L: Outro fator importante a se considerar no período que estas a estudar é a questão, que temos há muito tentando, e aos poucos vamos conseguindo colocar na agenda, dos HSH, pois se no início, ou até 2000 os novos casos estavam quase estabilizados (não totalmente, pois sempre houve aumento, mas era de ano para ano, um aumento pouco significativo) ao fim de 2010 o número de novos diagnósticos entre HSH quase triplicou. Se antes, em relação aos UDI, eram quase insignificantes, atualmente este meio de transmissão já é mais que o triplo dos UDI e quase se equipara ao de transmissão heterossexual.

P: O grande problema aí, é que se já fora difícil incluir a temática da droga nos Programas de Saúde Pública, embora não no Ministério da Saúde... hoje não há no MS nenhuma estratégia dirigida a esta temática, não há questão de Gênero, mete-se a cabeça na areia para falar-se da Educação Sexual, que deve ser competência do Ministério da Educação, que não o faz, ou seja, não há Educação Sexual, as pessoas responsáveis por esta temática, neste ministério, foram sempre negligenciando o assunto.

E: Outra questão relevante na diferença entre Brasil e Portugal remete-se ao número de óbitos por aids, pois enquanto aumentou no Brasil, em Portugal, desde 2002 vem diminuindo, passando de 512 para aproximadamente 100 óbitos em 2011, a que atribuem este dado?

P: O problema é que estes números não tem qualquer aderência com a realidade. Temos duas séries para a morte por HIV, uma dada pelo INSA Ricardo Jorge, que refere apenas os casos de morte que tinham sido notificados... eles recebem as certidões de óbito e não tem o código notificado e por isso não podem identificar a morte por aids e caso esteja este dado lá, devem ir manualmente a base de dados procurar este caso, o constrangimento é que por muito tempo a base de dados não era digitalizada. O número de certidões de óbitos por HIV é tamb+em enviado pelo INE e este reporta todos os casos, ou seja, a diferença é de 1:30. O INE não publica anualmente, mas quando publica estes são sempre diferentes. Havendo por momentos diferenças de 10000 mortes. E esta estatística, no INE, esta estabilizada há alguns anos, enquanto no INSA tende a descer. Por um lado há mortes que nunca foram notificadas,

por outro, como a pesquisa é manual, e pode haver diferenças nos nomes da certidão, e o nome que na realidade é do paciente, as vezes leva só o primeiro e último. Por isto nunca mais se consegue conciliar uma informação com outra. Com o novo sistema informático, os casos daqueles que já morreram não aparecerão, pois só registaram os casos em acompanhamento, vai aparecer dados de recução de mortes muito grande, pois o mortos não estão lá, não foram recuperadas as fichas de quem não esta na consulta. Vai aparecer uma pintura da epidemia completamente enganada. Por isso os dados são apenas os que identificam dos casos notificados e estes não são fidedignos, pois os dados do INE são mais fidedignos, apesar de claro, eventualmente ocorrerem erros (como era o caso da família que não queria identificar o HIV pois tinham problemas com o funeral). Por isto considero que os óbitos mantiveram estáveis.

E: Outra diferença, entre Brasil e Portugal, é que só eram notificados no Brasil os casos de aids e não Portadores Assintomáticos. Em Portugal há um melhor relatório de vigilância uma vez que notifica os Assintomáticos. Como a Sociedade Civil lida com estes dados?

P: Considero que ninguém na SC olha para números, as OSC do HIV, só há uma que é de fato de base comunitária, onde os dirigentes são seropositivos, e a equipa também, em outras, na direção não há. Por exemplo, estou na SER+, mas não na direção, então legitimante a única é o GAT. Nas demais os seropositivos não são decisores nas demais. E as OSC vivem em perspectivas muito fechada nas populações que tratam, pois tem pouca ideia do perfil da epidemia. Excessão é o GAT e eu, que insisto na divulgação dos dados. Tirando o GAT, que olha e estuda os números. Para nós é muito importante. Mas as diferenças no Relatório de 2012, foi reportar os casos de HIV dentro da infeção, mas os números ainda são os de 2011, com todas as limitações. Houve um programa de novos tratamentos exigindo maior notificação, e atualmente tenta-se implementar o SIVIDA. Que deveria ser automático, mas até a presente data não temos novos dados. A notificação dos casos do HIV é muito importante, pois dão melhor noção da realidade. Os caso sde aids são um retrato de parte da infeção, mas não revelam todo o perfil da epidemia e nem a forma como se esta transmitindo. Por isso precisamos dados de HIV, e não apenas de casos de aids. E, ainda, necessitamos de diangóstico mais cedo, pois 60% dos casos de aids, o fazem no diagnóstico. Neste aspecto estamos melhor do que o Brasil, mas aqui o Estado utiliza os dados, quando lhe convém, e a SC geralmente não os utiliza. Neste momento o GAT e a SER+ utilizam, mas como excessão.

L: Entre os responsáveis políticos começa a haver o reconhecimento de que Portugal tem uma situação complicada... aquele discurso de que a epidemia em Portugal era reflexo da epidemia na europa começa a cair..., outra coisa no Brasil, é que a promoção do tratamento e a resolução dos custos com o tratamento, parece sempre cedido como uma prioridade, isto é, as pessoas devem ter acesso ao tratamento. Em Portugal, o acesso era garantido no papel, e se as pessoas ultrapassassem todas as dificuldades e barreiras ao acesso que se colocavam no processo, até para fazer o rastreio, até a consulta, ou porque conheciam o médico. Até 2007, em reuniões com MS, nenhum MS sabia quanto se gastava em tratamento em Portugal.

P: Exemplo disto é o caso em BREMEN, pois nesta conferencia o estado Portugues convidou a SC, sendo em 2007 organizada pela presidência europeia da Alemanha, onde estiveram MS, Secretaria Adjunto da Saúde, Alta Comissãria para Saúde (Maria do São Machado), Coordenador de luta contra a SIDA e nós os dois, entretanto, no dia da intervenção do MS, este convocou a SC e disse que precisa de informação sobre SIDA, pois ninguém com quem estava percebia nada de SIDA, e queria saber o que iria dizer. Era o Correa de Campos (atualmente deputado europeu). E em conversas a ACS questiona porque a questão das drogas

era importante numa conferência em Aids. E isto era demasiado básico para alguém naquela função não saber.

L: Quando se tentou saber quanto se gastava em tratamento, em 2004, partimos de 40 milhões de euros em tratamento, sendo de 150 milhões até novembro de 2013, e considero que isto ajudou a colocar na agenda a questão do HIV/aids. Pois quando se compara com a Europa, não há país que gaste proporcionalmente tanto em tratamento. Nós temos, só em gastos com comprimidos, 250 milhões de investimento anual e outros 4 ou 5 milhões para tentar parar os novos diagnósticos, e todos os anos chegam a volta de 1000 novas pessoas diagnosticadas.

P: Em Portugal, os dados apresentam o constrangimento da notificação muito atrasada, com o caso de um médico que ao fim do ano, depois de alguma pressão do diretor do serviço, que exige que os casos de todo o ano sejam notificados, e neste momento inserem-se dados desde o início do ano.

L: Outra dificuldade, e que nossa vigilância não tem funcionado, a base de primeira geração, com fundamentação nos médicos que atendem os pacientes. Atualmente não temos dados de incidência, o que temos é o número de pessoas diagnosticadas em determinado ano. Por isso, o conhecimento da incidência em determinadas populações sempre foram catastróficas. Os HSH tem sido identificados mais cedo do que imigrantes, UDI e mulheres. Há uma distorção do que a dinâmica da infecção em diferentes grupos, daquilo que chega dos relatórios. Temos pouca visão desta realidade.

P: Orientamos nossa intervenção com base na realidade e não nos achismos... Se questionar a outras organizações os casos de discriminação, todas dizem que tem imenso, mas não tem dados para comprovar este dado. Não conseguem fazer intervenções públicas, pois não documentam os casos.

Continuação da Entrevista nas instalações da SER+

E: Diante das metas da UNGASS estabelecidas em 2001, como vocês percebem o entendimento do PN sobre estas metas.

L: Esta avaliação foi feita. **Há sempre um global report oficial da SC**, feito a cada dois anos, e quem tem feito é o GAT e a SER+ e que é reportado para a UNAIDS. Os compromissos nunca foram estruturalmente assumidos como linhas orientadoras, mesmo estando no papel, não se transformam em prioridades quando são implementadas. O principal progresso que tem sido feito, é que o estado mandava muitos indicadores em branco, e a partir de 2007 passou-se a reportar dados que até então não eram reportados, sobretudo em relação a populações mais vulneráveis. Geralmente faz-se um estudo num ano, e depois este mesmo dado é reportado ano a ano sem atualizações, sendo quase impossível ver progresso, fazer análise comparativa. **Uma pessoa que tem memória histórica do período é Joana Bittencourt (técnica do PN)** jbittencourt@dgs.min-saude.pt

E: Houve alguma pressão da SC sobre o PN no cumprimento das metas da UNGASS?

L: Isto era uma das questões levantadas ao longo desta década, era de que as metas nunca eram quantificadas, embora atualmente é feita uma quantificação mas que é muito ampla, pois sugere redução de 5%, reduzir pela metade, mas quando não há noção da realidade fica difícil de ser implementado. Existe uma estratégia, que atualmente é mais ou menos alinhada com a

estratégia europeia para o HIV/aids. A atual estratégia vai até 2016. Uma das críticas na implementação das metas é que o PN nunca as quantificava.

P: E os programas nunca foram avaliados no seu cumprimento. Houve uma avaliação da elaboração do Programa na altura do Henrique de Barros, mas não na implementação.

L: O Henrique Barros pode afirmar que tentou fazer uma avaliação ao programa, mas nunca vimos o resultado. Entretanto fui entrevistado, mas não vi resultados. Há documentos oficiais nossos, onde contestamos, que é exatamente impossível com o sistema de dados que temos avaliar o cumprimento das metas, nem que lá chegamos, nem que não chegamos, pois o atual sistema não permite monitorizar com seriedade. Comparam dados entre 2007 e 2011, notam-se uma descida, mas um ou dois anos depois este dado não se efetiva, pois há constrangimentos na notificação, no sistema. Outra batalha, é que uma estratégia sem ter definido um plano de ação e um orçamento, se traduz em bonitas palavras, ou seja, compromete-se a reduzir 50% algo, mas como? Com que atividades, que intervenções, que recursos e quem vai implementar? A falta de orçamentação e alocação de recursos humanos, técnicos tem sido uma das críticas maiores que fazemos. Temos um plano escrito de acordo com a UNAIDS mas quem executa? Há um plano plurianual, mas não há um calendário, quem é responsável, quem paga, quem executará. Por vezes, poderia-se criar um grupo para definir que intervenções são feitas. Isto torna o Plano muito teórico... mais uma declaração de intenções do que um verdadeiro compromisso. Havia planos plurianuais, e o PN tem esta documentação. Já houve um Plano no tempo da Odete Ferreira, publica em 1996. A seguir houve outros, entre 2001 e 2010 deve haver hiatos entre estes planos. **Pois provavelmente no Brasil talvez deve ser havido estratégias nacionais, com Plano de ação**, aqui além de não estar calendarizado, com ações e recursos específicos, ainda há anos em que se navegava a vista.

E: Nos últimos quinze anos quais foram os momentos mais significativos da Política de enfrentamento a aids em Portugal?

P: A questão da droga, em 2001, com a descriminalização e também o plano e estratégia nacional surge este ano e pela primeira vez alinhada com a Europeia. Prevendo monitorização, com planos de ação, sob responsabilidade do SICAD, na pessoa de Joao Goulao, que desde 1998 é diretor do Instituto da Droga e Toxicodependência.

L: Outra questão que trabalhamos bastante foi a resolução da Assembléia da República sobre HIV em 2011, mas que não mecanismo de implementação, e sendo resolução não tem força executiva.

P: A legislação que inclui o HIV é de 2006, mas teve muito pouco impacto, sendo pouco utilizada até 2010, altura em que o gabinete de discriminação implementa a lei, mas já com o risco de encerrar, por falta de financiamento.

L: o dia 1 de dezembro de 2009 um despacho garantindo que o teste HIV era completamente gratuito, pois até então, no sistema não estava assumido que era gratuito. Até então era mesmo gratuito apenas no Centro de Detecção anónimos. Atualmente é mesmo gratuito. Outro dado importante é a decisão de introduzir os testes rápidos (2006/2007). Os primeiros testes utilizados davam a resposta uma semana depois. Havendo muita resistência na utilização do teste rápido, ainda havendo alguma resistência com este meio rápido de rastreio, e esta introdução é preparada pelo Alexandre Lorenzo e é implementada pelo Henrique Barros.

P: Outra questão importante é o aumento de estudos financiados pelo PN na coordenação do Henrique de Barros.

L: Só começo a trabalhar com o ADIS/SIDA em 2007/2006, e inicia-se com o Henrique Barros, antes disto haviam alguns programas, que eram dados por simpatia. A seguir Odete Ferreira é que se criam financiamentos específicos com concorrência. A Joana poderá ajudar neste dado.

E: Como percebem a intervenção da SC na década em estudo?

P: Houve, por um lado em relação às organizações com mais visibilidade, eram feitas pela Abraço até 2005, que até esta altura era única instituição que tomava posições, com algum grau de sucesso e com muita visibilidade. Mas desde então isto desapareceu, sendo que o GAT substituiu na área do tratamento, mas sem tanto sucesso em termos mediáticos.

L: Até 2005 a Abraço é a instituição de referencia nas temáticas do HIV, dentro da Abraço um grupo para tratamento, em 2001, cria o GAT, mas já trabalhavam juntos, na Abraço, desde 1996. [Coleções completas do Ação e Tratamento](#)

E: Houve ações de instituições específicas com resultados diretos na Política Pública de enfrentamento ao HIV/sida em Portugal?

P: A Abraço teve uma função importante em todo o processo dos UDI, não só na avaliação nos anos 90 dos programas de trocas e do KIT, foi a ABRAÇO que conseguiu que o KIT fosse efetivo, afirmando que era criminoso distribuir o KIT da forma que se estava fazendo. E papel importante na conferencia do Jorge Sampaio sobre drogas, em 2000, no CCB. Com presença na maior de Amsterdão. A Abraço como mais familiarizada instituições para falar do tema. E foi a instituição mais instrumental, foi quem desenvolveu esta conferência. Seu papel na área das drogas foi extremamente significativo. Apesar do objetivo principal não ser discriminalizar as drogas, era importante para o sucesso da intervenção em HIV/aids. Depois de 2005 não nota-se muita relevância da Abraço.

L: O GAT que tinha a missão muito bem definida, buscando inclusive pessoas em outras instituições interessadas na temática do tratamento, em 2005, quando o núcleo pensante da ABRAÇO saiu, e que já estava ligado ao GAT, o GAT assumiu um alargamento de sua missão, para tentar comaltar este vazio, pois em determinada altura questionou-se se o GAT faria outra instituição ou se alargava a área de intervenção. Seguimos nova estratégia menos de visibilidade pública e mais de aproximação com o poder, com os atores envolvidos, com a indústria (o que era muito criticado pelos antigos, de modo colaborativo), sem tanto contestação e mais colaborativa. E neste sentido, sem o impacto que a Abraço tinha, o GAT faz o secretariado do "VIH em Portugal", que é uma conferencia, bianual, e que a comissão executiva integra os police makers, pessoas com hiv, sociedade civil e médicos. Em 2009 a conferencia coloca o peso no diagnóstico precoce. Em 2011 colocar na agenda a sustentabilidade do sistema de saúde. E estas conferencia tem continuidade, e durante os dois anos há sempre uma produção de dados que vem daí. Sendo que a primeira conferencia pagou estudo sobre diagnóstico tardio no Norte e em Lisboa, o primeiro estudo, pago com o PN, sobre custo eficiência do diagnóstico precoce. Já houve em 2009, 2011 e 2013.

P: O GAT passa de uma fase mediática, para uma fase em que a negociação com os parceiros foi priorizando a investigação na epidemiologia e discriminação, havendo nova postura, mais séria e acadêmica, pois quando se tomam opiniões públicas baseadas nestes estudos são mais bem fundamentadas.

L: Outro exemplo é o Check-point, que se inicia em 2011. Em 2009, foi pela primeira vez que o GAT colocou não profissionais de saúde a fazerem detecção de aids. É primeira vez que se assume, sem o rosto tapado, considerando que o teste fora do sistema de saúde era necessário, e que chegar às populações era mais fácil com membros da comunidade e que não era um ato isolado que só médicos podiam fazer. Fomos os primeiros a levar a carrinha à comunidade para fazer testes. Note-se, o que hoje todos querem fazer, que justamente o dinheiro do HIV hoje é todo destinado para o teste rápido em populações vulneráveis. E isto é vindo da conferência de 2009.

P: É definir agenda nesta área, independente do Programa. A concretização destas propostas tem sido feita pelo GAT, em parceria com a academia e médicos, e o GAT tem coordenado estes estudos. Atualmente outros estudos são basicamente financiados pela FCT, e os estudos mais sociológicos, acesso ao tratamento, tem sido promovidos pelo GAT, orientado a agenda da investigação. Por isso, o GAT ganhou uma credibilidade junto aos decisores políticos e farmacêuticas, e da maioria dos médicos, que a ABRAÇO nunca teve... o que havia era uma pressão mediática e a Margardi tinha os seus meios e chegar a estes, acho que o GAT conseguiu este acesso ao poder por credibilidade da intervenção.

L: Me orgulho, da nossa contribuição, é que em 2007 foi a presidência de Portugal na união europeia, e o Henrique contraiu duas pessoas que viviam com HIV, para acompanhar estes seis meses, o que fez alguma diferença para colocar o HIV na agenda, sobretudo sobre o acesso dos imigrantes, e depois dentro disto foi a primeira vez que fomos pagos pelo estado. Eram consultores oficiais do PN para o HIV aids na Presidência portuguesa da UE. Foi feita a conferência dos coordenadores nacionais de HIV da Europa. Tentando tudo o que se sabia da OMS, UNAIDS, através dos programas nacionais fosse mais facilmente efetiva através dos coordenadores nacionais. Outra foi a conferência sobre saúde dos imigrantes, e a conferência de primeiros ministros, que fecha a presidência, e é primeira vez, junto da Alemanha que aparece a questão do HIV nesta ata.

P: As pessoas que estavam na coordenação eram poucas, o Henrique Barros trouxe as ideias e nós da SC colocávamos em prática. Uma das pessoas que auxiliavam neste processo, de responsabilidade internacionais. Nesta altura as instalações do GAT eram na coordenação de aids. Em 2005, 2006 e 2007 **Helena Novais e Alexandre Lorenço foram muito importantes**. Que fazia muito esforço para que Portugal respeitasse as normas internacionais; diagnóstico precoce e novas metodologias para o teste e resolução dos problemas para o acesso ao tratamento. Sendo atualmente membro do conselho diretivo da ACSS.

E: Pode-se entender que a ABRAÇO teve papel mediático e o GAT na formulação de Políticas Públicas?

L: A Abraço fez uma coisa inestimável que foi por na agenda da sociedade portuguesa as questões e problemas que enfrentávamos. Com clareza. Não havia diálogo entre as instituições e a abraço. Estas tinham que engolir a ABRAÇO, pois esta tinha uma grande capacidade mediática, e que a própria sida também tinha nesta época e que tornou a coisa mais corriqueira. O GAT tinha menos visibilidade mediática, mas mais discussão e investigação necessária para afirmar que um PP tinha de ser de uma maneira ou de outra. Uma preocupação da ABRAÇO e do GAT foi a necessidade de reconhecimento da dimensão da epidemia em Portugal. Atualmente, ao mais alto nível, não se atreve a dizer que nossa epidemia é igual a outras, e quem chegou nisto foi o GAT, colocar internacionalmente que aqui

‘há um problema, que aqui ainda não foi conseguido que se assuma como prioridade, como uma situação bastante complicada com o HIV/aids.

E: Como avaliam a intervenção do PN na década em estudo?

L: Faço uma análise extremamente negativa do PN, até a entrada do Enrique Barros, que “Não entregou a carta à Garcia”, ou seja, penso que fora a primeira vez que assumiu uma pessoa muito inteligente com experiência na área, mas ficamos muito insatisfeito em relação ao que não foi feito. Esperávamos que ele tivesse assumido uma postura muito mais forte em relação a sua própria tutela, enquanto algumas vezes quis colocar as coisas um pouco mais cor de rosa, e esbarrou um pouco nisto. Vejo indícios positivos em sua gestão. O GAT não teria a capacidade que tem hoje de trabalhar se não fosse ele ter aprovado e posto na prioridade alguns projeto para consolidar uma nova geração do GAT. O próprio gabinete de discriminação não existiria se ele não tivesse colocado esta temática como prioritária. Há uma série de coisas que permitiram ao GAT capacitar a sociedade civil para um trabalho mais sustentado nesta área, que fora definida por ele.

P: Quando há uma pessoa que resulta bem, correm com ela, isto é típico. Penso que ele gostaria de continuar, pois não deixou o trabalho bem, como o novo sistema de notificação de diagnósticos que leva seis anos e ainda não esta operacional e é uma iniciativa dele. Que envolveu o Instituto Nacional de Ciências da Comunicação, (...). O que teve de positivo, mesmo havendo consultas formais à Sociedade Civil. Havia

L: Um exemplo negativo, que foi um caos, foi a gestão de ANtonio Meliço, que gasta o dinheiro do PN com a publicação de um livro de ações que eram só fotografias, com ações que não eram de fato relevantes, refletindo a ação da coordenação nos anos em que esteve. ... na mesma publicação lê-se: “ A SC mobilixou-se, ao invés de mobilizou-se...”

P: Quando entra o partido socialista para o Governo, e sai o Cavaco, o Fernando Ventura trouxe benefícios, foi aí que iniciou a participação na UNAIDS, mas pelo menos ia, ia com uma técnica assistente, que obrigava-o a trabalhar. Neste mesmo período criam-se as primeiras estruturas de Diagnóstico Anonimo, nas capitais de distrito, alargando para além de Lisboa e Porto. Sobre o Henrique, apesar de ter ficado além das expectativas, ele dava-se ao trabalho de consultar a Sociedade Civil, para além das estruturas formais (como é o caso do Fórum Nacional da Sociedade Civil, com mais de 400 instituições, em que aparecem 2 ou 3, que eram e são muito pouco úteis) e ir buscar informação, opinião pertinente a outros atores interessados e conhecedores do processo, que podiam dar informações importantes, além da consulta formal. No dia em vem tomar posse, ou no dia seguinte, convida-me para conversar na Coordenação, durante 4 horas, e de fato havia muito grande sintonia do que ele queria fazer com nossas demandas. Não estava em organização nenhuma, mas ele consultava-me pela minha experiência e teve um papel positivo. Agora voltou tudo atrás. Porque o atual é so a estrutura formal que consulta, pois no Fórum, se não for o trabalho do GAT, as outras 14 ou 15 organizações la representadas não se faz nada. Uma vergonha foi a apresentação na Assembléia da Republica, pois o Fórum não fez nada, mesmo tendo lhes enviado o draft do que podiam apresentar. Acabou que entre dezembro e fevereiro, é que aprovaram o papel que tinham desde Novembro. O Dinis, recusa-se a recorrer a outras opiniões além daquelas que estão na estrutura formal. A Abraço, por exemplo, nunca la quis estar. Outras lá representadas tem utentes seropositivos, mas não é esta a missão de base, muitas são religiosas. Hoje há a Liga, a Fundação... a Ser+ já saiu, e estas organizações que lá estão não tem expressão, não sabem agir. Muitas vezes fazem ações significativas mas não sabem lidar

com a informação, o conhecimento que optem da própria intervenção não é utilizado de modo efetivo. E são estas instituições que neste momento são consultadas pelo Dr. Dinis. Comigo, por exemplo, o Dr. Dinis não fala comigo. Em Dezembro, na Assembléia, diz que quer ter uma reunião comigo, mas até a data não disse nada. Só fala comigo quando eu lhe chateio, envio cartas e coisas mais. O motivo que a Ser+ saiu, documentado, é que o Dr. Dinis deveria dar maior relevância aos atores com notoriedade sobre as questões, e não apenas as formais, deveria avaliar os contributos que estas instituições tem lhe feito, e muito apenas porque estas instituição não o chateiam, por que acham que tudo corre bem... De fato as coisas com este senhor andaram para trás, não só porque a Coordenação deixou de existir, passando a ser um serviço do Ministério da Saúde, o que por si só não é mal, o mal é que deixou de ter gente a trabalhar, +e ele e outra pessoa a recibos verdes. Enquanto com Henrique Barros criou expectativas e na prática não soube efetivar, o atual não quer concretizar nada. Este faz sempre alusão a uma "casinha": alicerces, telhado...

L: O Henrique Barros havia feito alterações no SIVIDA, retirando alguns indicadores para melhorar o processo, entretanto o atual fala das coisas, mas que depois nós não vemos. Faço parte de um comissão que já reuniu quatro ou cinco vezes, sem mim, mas que eu nunca fui informado. Já fora do período fizemos um tratado dos socialistas para a atual gestão e temos tido contato com a tutela governamental, vai-se diretamente ao secretário de estado, pois se solicitar ao Dinis as coisas não acontecem. Enquanto julgo que o Henrique Barros reconhecia mais genuinamente nosso papel e importância, com o Dinis isto é mais de conversa, do que propriamente reconhecer.

E: Quais são as instâncias de controle social na década?

P: O Forum Nacional nasce em 2008, antes disto havia um conselho consultivo, mas informal e cada instituição faz a sua maneira, de modo autonomo. Existiu uma estrutura para discutir a UNGASS, em 2001, com a Sociedade Civil, na altura era Fernando Ventura, ele solicita a reunião, mas que pede para que estas instituições entendam-se na representativa para ir à UNGASS. Foi uma ação ad doc.

L: Existem conferencia CPLP, e criaram no papel uma estrutura chamada CPLP+, que deveria ser a estrutura da sociedade civil de língua portuguesa, sobre o controle das iniciativas da CPLP para a HIV/aids. No papel foi reforçado, quando houve a presidência portuguesa da CPLP, organizada pelo Jorge Sampaio, e criou-se uma rede saúde CPLP, que tentaria acompanhar a agenda saúde, da UNAIDS, dos ODM, mas tudo no papel, a acompanhar, mas na realidade isto não tem tido efetividade. Inclusive, da última vez, em função de tantos constrangimentos já sugeri que o Pedro assumisse a coordenação, o que não seria a primeira vez que um país teria a gestão deste programa por um membro da sociedade civil.

E: Como os diretores assumem o cargo?

P: É por simpatia política, tem que ser alguém mais ou menos relacionado com a área.

L: E tem sido dominado por Clínicos. A Dr. Odete, assumiu por ser investigadora. E na altura já estava no Grupo da Coordenação, com o Primeiro Coordenador, quando ele saiu todos se demitiram e ela aceitou o cargo. Foi a Coordenadora que mais anos esteve, sendo corrida pela ministra (Manuela Arcanjo), apos umas declarações que não foram bem-sucedidas. Quem foge um pouco é o Dr. Henrique Barros, pois fora o único com formação em epidemiologia, o único constrangimento é que não colocou muita coisa em prática.

E: Considera que os imigrantes justifiquem o aumento da prevalência em Portugal?

P: Não, há um estudo em curso no Porto, que vai tentar identificar o acesso de imigrantes ao sistema de saúde, e é coordenado em Portugal pelo Henrique Barros, tentando identificar se as populações imigrantes adquirem o vírus cá, ou se já o trazem. O que se sabe é que muitos imigrantes vem de países com alta prevalência, mas geralmente com HIV 2, que é muito pouco em Portugal, como é o caso da Guiné. Os imigrantes que vem do Brasil e da Ucrânia são geralmente bastante informados, com menos risco. Estes tem outra atitude em relação a sua saúde e ao acesso, enquanto na Guiné não é o caso. Entretanto acho que isto é uma boa desculpa, não justifica.

E: A intervenção das Políticas públicas municipais para o HIV, existem em Portugal, a exemplo do PAM, no Brasil? Existe autonomia para esta intervenção?

P: Os municípios definem seus orçamentos, que tem um responsável pelo pelouro da saúde, com um vereador pela frente, que tem ação desenvolvida, são significativos, mas por vezes ligado ao apoio social, mas não tem contratualizado com o governo central nenhum programa ou metas específicos para o HIV. Não há qualquer incentivo por parte do governo central para os municípios. A coordenação para HIV não tem efeito direto para os municípios e não tem qualquer competência sobre as regiões autónomas, portanto seguem as práticas do continente, pois não tem uma coordenação específica. Ou seja, a única autonomia é em relação às Ilhas, mas sempre fundamentados no PN do continente. Embora haja redes organizadas, na área do apoio social, que são muito eficazes em reunir os parceiros da sociedade civil, pelo menos em Cascais (Comissão Local de Ação Social), é, mas nem sempre trabalham as temáticas do HIV, depende das instituições trazerem estas demandas. Não há um grupo só para trabalho o HIV/aids. Sempre dependentes do pelouro da ação social ou saúde.

Entrevista realizada ao Prof. Doutor António Meliço-Silvestre (AM) – Comissão Nacional de Luta contra a Sida 07/2003-08/2005, realizada no dia 18/07/2014, Às 11hs, no Hospital Universitária de Coimbra.

(E): Como é que em países sujeitos à mesma pressão internacional (ambas são signatários das Metas da UNGASS), possuidores de Programas Nacionais de Controle do HIV/aids (com acesso universal ao tratamento) e grupos de interesse institucionalmente constituídos (como é o caso da ABIA e ABGLT, no Brasil e ABRAÇO e ILGA, em Portugal), apresentam tendências tão distintas na taxa estimada de prevalência do HIV na população adulta, entre 2001 e 2011, onde passou de 0,4% para 0,3% no Brasil e de 0,6% para 0,7% em Portugal, enquanto no mundo estabilizou em 0,8%, segundo o Global Report da UNAIDS, 2012?"

Nós na CPLP trabalhamos muito em conjunto. O Brasil com um fantástico discurso, com muito apoio para a Angola. Falávamos muito sobre os diferentes perfis da epidemia, como era o caso de Angola, com apenas 5%, mas por causa da Guerra Civil, que matava a todos, com ou sem aids. Ou o Moçambique, que tinha uma prevalência de 17%.

No Brasil, um aspecto muito positivo foi a redução dos preços dos medicamentos, além disto conseguir uma coordenação nacional efetiva entre governo federal e os estados e municípios foi uma articulação muito boa. Enquanto aqui, apesar de ser um país tão pequeno, não se trabalhou esta questão frontalmente. De fato, com o clima, cultura, favelas, surpreende-me que o Brasil não tenha tido uma situação igual a da Africa, e este sucesso, deve-se às Políticas que foram traçadas, a grande atenção às escolas, aos sítios onde há toxicodependência,

2 Como percebia as metas da ungass? Eram orientadoras, percebidas com pressão? Influenciavam na formulação e implementação da pp de combate ao hiv?

Talvez eram um pouco de tudo isto. Tínhamos um Plano Nacional estratégico plurianual, de acordo com as estratégias da UNGASS, e das normas europeias. Tínhamos apoio internacional. Fiz muitas reuniões em Bruxelas, na ONU em Nova Iorque, na UNAIDS, em Nova Iorque e Genebra, sempre houve uma articulação internacional.

3 Como percebia acção da sociedade civil organizada junto ao PN em sua gestão?

(AM): Era bastante boa, sempre trabalhamos em conjunto.. quando fazíamos nossos congressos era a parte científica que funcionava, quanto a parte social, esta era feita pelas ONG, geralmente deixámos uma tarde apenas para articular com as ONG, chamávamos os projetos e as participações das ONG para fazer a terapêutica, perceber quais eram feitas, Então ajudavam realmente nas terapêuticas, por exemplo, se a toma era de duas ou três vezes por dia, e assim, quanto mais tomas, mais difícil a adesão ao tratamento. E neste processo terapêutico tivemos muitos avanços, e temos que saber isto, mesmo as ONG, para saber o que fazer para que a adesão terapêutica tenha sucesso. O médico teve avaliar uma dada circunstância e poder saber quando poderá substituir duas tomas por uma toma diária. Mas para tudo isto existem implicações sociais, de resposta e também económicas. E neste aspecto económico, o Brasil jogou melhor do que nós, mas jogou melhor porque não está na Europa. Tivemos sempre muito bons relacionamentos com os brasileiros, e trabalhamos sempre juntos com os mais altos responsáveis, e eles conseguiram realmente impor às multinacionais preços muito baixos. Nós temos aqui o peso europeu, nós não podemos fazer nada sem a Europa nos dar autorização, sobre as patentes, a FDA - Food and Drug Administration, e EFA – European Food Administration por exemplo, são instituições muito competentes, exigem muita qualidade, mas também tem este inconveniente. A FDA avalia o medicamento, sua eficácia e

eficiência e depois inicia-se todo o processo de negociação com o Estado, com o INFARMED, que provavelmente solicitará preços mais baixos, mas as situações são estas. Muitas isto demora mais tempo, e por vezes podia-se antecipar a toma do medicamento, mas isto passa por questões políticas, e também compreende-se, são medicamentos muitos caros, e muitas vezes esta terapêutica pode curar, ou por vezes, retroceder o avanço até então conquistado, e não funcionar. Mas isto é a ciência, todos os dias estamos considerando os seus avanços.

(E): Como agiam junto ao PN?

(AM): A sociedade civil organizada, naquela época, fazia alguma pressão sobre a CNLCS, estávamos no boom da epidemia, havia muito receio sobre a doença. Eu estava na CNLCS no processo de notificação obrigatória dos Portadores Assintomáticos, havia muita resistência nisto, alguns diziam que não deveria se saber se a pessoas era seropositiva ou não, começavam a reforçar a parte negativa que isto tinha, o medo de perder o anonimato... E isto criou situações muito complicadas. Era muito difícil, por exemplo neste hospital, manter o anonimato quando um funcionário era seropositivo, falo de experiência própria vivida aqui enquanto fui diretor geral, antes de assumir a CNLCS. Mas eu tive que impor isto, pois de outra maneira não conseguia fazer estatísticas, era algo impossível de se fazer, mas numa certa altura impus a situação, e teve que ser assim, e depois a coisa diluiu-se. Tentou-se fazer o mais sobriamente possível Está é uma situação que iniciou-se em meu reinado, e que se mantém até hoje, a estatística é feita pelo INSA, que articula com a CNLCS, mas perdeu um pouquinho a força, a estrutura do INSA e da CNLCS se modificou completamente, mas já não depende de mim.

Era uma relação de colaboração, concorrência, hierárquica?

(AM): As vezes haviam problemas, mas era uma relação boa. Quando havia reuniões telefonava para a Abraço, convidava a participar, nos congressos participavam. Fundamos Associação Portuguesa dos Estudos Clínicos da Sida, para contrapor a parte política, para tentar perceber a melhor terapêutica. Fui o segundo presidente desta Associação, para contrabalançar a parte epidemiológica da CNLCS, que era só epidemiologia, e começamos a pensar que só com epidemiologia a gente não vai lá. Criação esta associação e começamos a trabalhar juntos, chamamos a CNLCS para trabalhar conosco, nos congressos anuais da APECS a CNLCS sempre lá ia, alguns membros da APECS também eram da CNLCS. Trabalhávamos em conjunto, e na publicação que recebes (Conselho Consultivo 2004/2006 – CNLCS) poderás perceber isto bem. A CNLCS financiava também nesta altura projetos da sociedade civil, que eram selecionados por um comitê científico externo.

4 Uma diferença gritante em relação aos tóxicodependentes, usuários de drogas injetáveis, que aqui é uma parcela muito insignificante, que se mantém desde 2001, mantém uma tendência estável e baixa. E em Portugal, essa tendência que era quase 60% dos casos dos casos de Aids, passa agora, em 2012, pra 11, como foram percebidos em sua gestão? A que atribui esta diferença?

Isto é consequência da articulação com o IDT e das Políticas para as drogas, do sucesso do Programa Troca de Seringas.

5 A vigilância epidemiológica em Portugal, ela contabiliza desde antes do ano 2000, portadores assintomáticos, complexos relacionados com a Aids, e de Aids. Quando eu vou buscar os boletins epidemiológicos brasileiros, só tem casos de Aids. Então eu acabei comparando a

vigilância epidemiológica dos dois países em relação aos casos de Aids. O que acha desta diferença?

8 O senhor tem alguma hipótese para o significativo aumento do número de mortes por aids na década em análise?

Figura 2 – Evolução do número de óbitos por aids, por ano do óbito, Brasil e Portugal (2001 - 2011)

Isto não se pode dizer que foi feito por minha responsabilidade direta, foi de nós todos que lá estivemos. Era feito o diagnóstico mais cedo, se bem que hoje nota-se um retrocesso nisto, tem-se feito o diagnóstico tardio. Mas se fazer o diagnóstico mais cedo, a própria terapêutica também previne a transmissão.

9. Como chegou ao Cargo? Antes de ir para a SIDA, fui aqui diretor geral do Hospital. Já por diversas vezes haviam me convidado para assumir a CNLCS, mas em função de minha carreira academia sempre neguei, inclusive fui eu quem indicou o Dr. Fernando Ventura para assumir antes de mim, e quando já tinha concluído a carreira, resolvi aceitar o convite e assumi a CNLCS, pois notei que era um problema técnico e muito sério. A própria Universidade, na altura, me solicitou que assumisse, pois considerava que tinha competência, técnica e que era jovem, e que conseguiria ajudar a resolver este problema.

(E): E, quais os momentos mais significativos nas PP de enfrentamento ao HIV/aids, em sua gestão?

Destaco a notificação obrigatória de PA. E também um compendio para a Sida no local de trabalho. As empresas e patrões, sindicatos aderiram. Conseguimos fazer um documento, que posto a prova, com adesão de pessoas tão diferentes, assinaram um protocolo público. Foi muito importante, pessoas tão distintas, com opiniões tão divergentes. Fizemos uma campanha para o HIV na taça UEFA 2004, que foi condecorada pela FIFA. No meu período investimos fortemente na prevenção e rastreio com a população universitária, como um meio de chegar as mais diversas parcelas e cantos do país. Iamos, fazíamos rastreios, laboratoriais e teste rápido, prestávamos esclarecimentos e informações, e muitas vezes eles multiplicavam estes conhecimentos com os pais, amigos, em lugares que se assim não fosse, jamais fariam sobre o assunto. Em Portugal a população ostracizou demais a doença, tratou-a como uma lepra, como algo muito mal, sempre que se sabia que o cidadão era seropositivo, era discriminado.

11. Como eram formuladas as políticas públicas de enfrentamento ao HIV em sua gestão? Eu tinha uma comissão de acompanhamento, que reunia políticos, advogados, etc, etc...