

## **Determinantes e mobilização social: A epidemia de HIV/Aids no Brasil e na África do Sul.**

**Carla Cassiane Constantino de Holanda<sup>1</sup>**  
**Orientadora/ Prof. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira<sup>2</sup>**

**Resumo:** Brasil e África do Sul apresentam similaridades quanto às características do HIV/Aids, especificamente em relação à heterossexualização e feminização da epidemia. Estes países estão entre os dez mais desiguais do mundo, tem grande desigualdade de gênero e altos índices de pobreza, características consideradas relevantes para explicar o alastramento do vírus. Objetivou-se analisar as estratégias de ação governamentais e a organização dos movimentos sociais, em ambos os países, e qual o reflexo gerado por elas nos índices relativos à epidemia. Apesar das características similares, o Brasil além de ter indicadores sociais, como o de pobreza, mais baixos que os sul africanos, apresentou respostas governamentais e atuação dos movimentos sociais na área em menor espaço de tempo que a África do Sul, traçando uma epidemia de HIV/Aids com menor taxa de incidência.

**Palavras-chave:** ações governamentais; Aids; desigualdade; pobreza; sociedade civil

### **INTRODUÇÃO**

Brasil e África do Sul encontram-se entre os 10 países mais desiguais do mundo, segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, PNUD 2010. Ou seja, ambos congregam dentro do seu território populações muito ricas assim como populações extremamente pauperizadas. Geralmente o segundo grupo supera em muito a quantidade de componentes do primeiro.

Holmqvist<sup>3</sup> (2009) levanta hipóteses que explicariam a ligação entre desigualdade de renda e HIV/Aids. Uma delas considera a má alocação dos impostos recolhidos, como principal fator para a má qualidade dos serviços de saúde pública, afetando principalmente a capacidade dos países em investir em campanhas de prevenção e testes para HIV/Aids. Acreditamos que esta hipótese expresse o que acontece no território brasileiro e sul africano.

Muitos acreditam que o HIV/Aids se manifesta nas populações por causa da sua situação de pobreza, e da baixa escolaridade, visto que a maior parte das pessoas

---

<sup>1</sup> Graduanda do curso de Serviço Social na Universidade Federal de Pernambuco-UFPE

<sup>2</sup> Docente/pesquisador do Depto. de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco– UFPE

<sup>3</sup> Göran Holmqvist é um analista político sênior, com licenciatura em Economia, Ciências e Administração Pública.

infectadas se enquadra nessas classificações. Porém a afirmativa não é verdadeira para todas as partes do mundo, isso porque na África existem lugares onde a prevalência do vírus é alta mesmo entre populações adultas alfabetizadas, que vivem acima da linha de pobreza (Holmqvist, apud BRANDT, 2009).

A ligação entre a epidemia e a desigualdade foi confirmada em artigo publicado no Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD 2009 por Fábio Brandt, o qual afirma que a desigualdade social influencia mais a taxa de infecção por HIV/Aids do que outros fatores como pobreza, desigualdade de gênero e educação.

Na verdade, a epidemia está correlacionada a estes outros fatores (pobreza, desigualdade de gênero, e educação) quando estes se encontram aliados à alta incidência de desigualdade social, agindo então como intensificadores dos danos gerados pela epidemia.

Considerando esse contexto em que se desenvolve o HIV/Aids nos países supracitados e as informações acima descritas, é de suma importância a realização de pesquisas que analisem a epidemia do HIV/Aids para além do seu aspecto biológico. É preciso levar em conta a relevância dos aspectos sociais que incidem diretamente na vida dos indivíduos, desde a vulnerabilidade à infecção, até o tratamento da epidemia, além de reconhecer a importância da mobilização da sociedade civil que atravessa as três décadas da presença do HIV/Aids em ambos os países. Esse foi o caminho percorrido por essa pesquisa.

## **OBJETIVOS**

- Participar da discussão dos determinantes econômicos e sociais que incidem nas estratégias e políticas de saúde frente à epidemia da Aids no Brasil e na África do Sul, com ênfase nos acordos internacionais sobre políticas de saúde e suas condicionalidades na relação pobreza, desigualdades de gênero e raça e epidemia da Aids.
- Contribuir para a análise da política de saúde e das estratégias de enfrentamento à Aids no Brasil e na África do Sul, buscando estabelecer as diferenças, e os impactos que as estratégias de ação podem ter sobre as características atuais da epidemia: feminização, interiorização, maior crescimento entre pobres.

- Contribuir à análise dos movimentos da sociedade civil pela garantia do direito à saúde, especificamente em relação à epidemia de Aids no Brasil e na África do Sul.

## METODOLOGIA

O trabalho aqui descrito foi realizado em três etapas, as duas primeiras durante o segundo semestre de 2009, e a terceira teve início em março de 2010. Na primeira delas fez-se levantamento da produção bibliográfica relevante na área das desigualdades, pobreza e HIV/Aids, e posterior leitura dos mesmos títulos. Esta fase foi sucedida pelo levantamento de dados através do [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br), [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), e através dos boletins epidemiológicos 2008 e 2009 publicados pelo Ministério da Saúde, Governo Federal. Foram coletados dados para uma comparação entre o Brasil e a África do Sul, referentes a: modos de infecção predominantes, faixa-etária, sexo e orientação sexual de maior incidência, taxa de escolaridade das pessoas vivendo com HIV/Aids, estados brasileiros com maior taxa de infecção, e caracterização da epidemia em Pernambuco. Esses dados foram tabulados e analisados.

Nesse lapso temporal foram realizados dois seminários internacionais sobre Desigualdade, pobreza e Aids no Brasil e na África do Sul, um em cada país, que reuniu pesquisadores da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE e da University of Cape Town - UCT, movimentos sociais, Organizações não governamentais (ONGs), sociedade civil e a comunidade acadêmica. Através destes seminários foi possível a socialização das informações e dados sobre ambos os países.

Durante a terceira etapa foram realizadas aproximações com os movimentos sociais e ONGs que militam nessa temática no estado de Pernambuco, através da observação dos sites dessas organizações. Neles foram coletadas informações sobre o público ao qual direcionam seus trabalhos, quais os serviços oferecidos a este público. Contatos com as organizações buscaram identificar se suas propostas contribuíram para a sua inserção na agenda dos governos, trazendo benefícios para a população. A partir dessas informações comparamos as atividades desenvolvidas por cada uma das instituições.

Vale ressaltar que tais etapas não foram estanques, ou seja, sempre que se julgou necessário voltar à etapa anterior para corrigir ou complementar informações

adquiridas, o retorno foi realizado.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 1. Três décadas de epidemia.

Os primeiros casos de HIV/Aids foram registrados na década de 1980. Esse início foi marcado por muitos tabus e preconceitos. A epidemia foi atribuída a grupos específicos, os quais foram classificados como grupos de riscos para a infecção, como descreve BASTOS (2006) quando intitula a segregação, com um tom de ironia, como um protesto contra o preconceito instituído, de “fábula dos quatro Hs”.

“Enquanto os homens construíam suas falsas categorias classificatórias, não custa imaginar um vírus com um sorriso mordaz no canto da boca [...], dizendo para si mesmo: ‘e eu que só almejava persistir, e procurei os caminhos que me pareceram mais fáceis de trilhar, enquanto os homens atribuíam a mim ocultas preferências por homossexuais masculinos (H1), haitianos (H2), hemofílicos (H3) e heroínômanos (H4)’” (BASTOS, 2006:30)

Nos primeiros anos a epidemia foi taxada de “peste gay”, nome com o qual popularmente ela chegou ao Brasil, que fazia referência aos primeiros infectados, particularmente homens que faziam sexo com outros homens (HSH). O segundo “H” retoma os períodos de crise do Haiti, quando a população viveu em situação de vulnerabilidade social, miséria, fome, prostituição e violência sexual, logo indicado como “terreno fértil” para o desenvolvimento da epidemia. O “H3” foi formulado assim que foi descoberta a transmissão do HIV pelo sangue infectado, logo os hemofílicos seriam um dos grupos de risco. E por fim, o “H4”, que na ótica de Bastos, isola os usuários de heroína, e deixa de lado os outros usuários de drogas injetáveis, ou seja, potencializa a atenção e a discriminação para os usuários de heroína, em lugar de criar uma estratégia de diminuição da infecção (o que algum tempo depois se denominaria de política de redução de danos) para todos os usuários de drogas injetáveis.

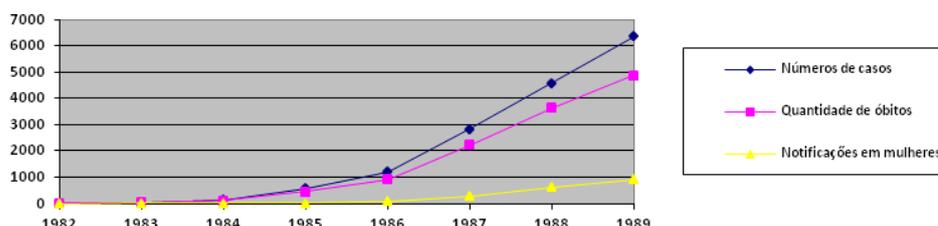
O primeiro caso notificado no Brasil data de 1982. Um ano depois o Estado de São Paulo criou o primeiro programa governamental de combate à Aids. O exemplo foi seguido por outros estados, e pelo governo nacional que em 1985 (ano em que dez estados já estavam aplicando seus próprios programas) estabeleceu as diretrizes para a

Política Nacional de Aids – PNA. As primeiras atividades propostas na política foram efetivas em 1987, eram elas: controle das atividades hemoterápicas, vigilância epidemiológica, e incentivo ao uso do preservativo. Neste mesmo ano foi publicada a primeira versão do boletim epidemiológico para Aids, importante instrumento na socialização dos dados da epidemia.

Nessa primeira década já ocorriam as primeiras mobilizações em torno da epidemia, como é exemplo o grupo homossexual paulista *Outra Coisa* que desde as primeiras ações governamentais em 1983 esteve lutando a fim de informar a sociedade sobre a Aids e sobre estratégias de prevenção.

Embora a resposta governamental não tenha demorado tanto, em relação a outros países como, por exemplo, a África do Sul, onde elas demoraram cerca de uma década para ocorrer, a expansão da epidemia no território brasileiro se deu num processo muito acelerado. Como nos mostra o gráfico 1:

Gráfico 1- Quantidade de casos, óbitos e de notificações em mulheres de 1982-1989.



Fonte: Galvão, J. 2000

É evidente o crescimento do número de casos nessa primeira década. Analisando os dados entre 1986 e 1988, percebe-se que dentre dois anos os casos diagnosticados mais que duplicaram. A relação é similar para a quantidade de óbitos, porém se até 1985 a quantidade de óbitos era bem próxima a 100% das notificações da doença, após esse ano elas já apresentam uma redução, em 1989 essa taxa representava aproximadamente 77% das notificações.

As taxas, neste momento, já davam uma indicação do que viria se conformar anos mais tarde, a feminização da epidemia, que no fim da primeira década começa a aparecer com maior incidência. Esse caso pode ser explicado pela segregação dos grupos de risco, em que as mulheres não apareciam em nenhum deles, o que dava

margem à ideia de que elas não precisavam se proteger, já que não estavam sujeitas a ser infectadas.

A segunda década da epidemia gerou um acúmulo significativo de ações e políticas governamentais, cujos resultados se expressam claramente a partir da metade dos anos 1990 até a década seguinte. Em 1990, durante o governo Collor, foi decidido distribuir gratuitamente medicamentos, como AZT e pentamida, para pessoas vivendo com HIV/Aids. Mas só em 1996, foi aprovada a lei que garante a distribuição gratuita de antirretrovirais (ARV) na rede pública. No ano 2000 o Brasil já distribuía e/ou produzia nove ARVs. Tal evolução no tratamento da epidemia causou diminuição no número de mortes/ano por Aids. Já em 1997 pôde-se constatar diminuição de quase 3.000 óbitos em relação ao ano anterior, sendo seguido de declínio e leve aumento após 2001, mantendo-se uma média de aproximadamente 11.070 óbitos/ano entre 1997-2007.

Os altos custos dos coquetéis fizeram com que em 2001 o Ministério da Saúde passasse a financiar empresas brasileiras que produziam os medicamentos que o compunham, e iniciasse negociação com a indústria farmacêutica para redução dos preços desses medicamentos.

Segundo o Boletim Epidemiológico 2008, entre 1980 e 1995 a quantidade de óbitos era equivalente a aproximadamente 62% do número de contágios. Essa porcentagem sofre baixa de 20% após 2001, chegando a representar cerca de 42% do número de notificações de contágio entre 2001-2007, confirmando o aumento do tempo anos vivido pela população com HIV/Aids, em relação ao início da epidemia.

“A África subsahariana também experimentou, em decorrência da epidemia de Aids, uma reversão dos seus indicadores de saúde, com redução importante da expectativa de vida” (Bastos, 2006) porém em escalas muito mais cruéis do que os países ocidentais e europeus, visto que essa parte do continente africano nunca contou com um sistema de saúde pública eficiente, integrado, e abrangente, que suportasse a sobrecarga advinda da epidemia então diagnosticada.

Na África do Sul a reação do governo aconteceu no intuito de reforçar as imposições do *apartheid*. Foram elaborados programas de combate à Aids para negros e outro para brancos. A epidemia não foi assimilada como um caso de saúde nacional, mas como doença para aqueles que tinham comportamentos “desviantes”.

O primeiro planejamento de um programa de combate à Aids foi apresentado em 1992, uma década após os primeiros casos. E anunciado como uma das prioridades do governo de Nelson Mandela. Porém a descentralização do Sistema Nacional de Saúde

deixou a cargo das províncias a implementação do programa e a alocação dos recursos financiados pelo governo nacional, o que dificultou a efetivação do programa e, conseqüentemente, o alcance de resultados.

Em 2000, o então presidente Mbeki entrou em conflito com algumas instituições quando pôs em questão a transmissão sexual da epidemia e a eficácia dos ARVs. Suas ações entre outros atos, geraram uma luta pela distribuição gratuita dos coquetéis anti-aids para mulheres grávidas, liderada pela TAC- Campanha Ação pelo Tratamento. Em 2002 foi expedida pela Corte Nacional uma ordem que obrigava o governo a fornecer gratuitamente as drogas componentes do coquetel anti-aids.

Ao descrever a cena que presenciou, Bastos discorreu:

Tendo visitado o país em 2000, tive o desprazer de ouvir suas então lideranças políticas criticar abertamente as iniciativas de ampliação do acesso às medicações para tratamento da Aids, o que me soou como uma combinação de ignorância e cinismo, pois combinava argumentações científicas despropositadas sobre não ser o HIV a causa da Aids, com um aparente desprezo das recém-empossadas lideranças negras (cabe ressaltar que em oposição explícita a Nelson Mandela) pelo seu próprio povo. (BASTOS, 2006:67)

Em depoimento à pesquisadora Elizabeth Mills, um sul africano HIV+, disse que havia esperado três horas para consulta médica e mais duas horas para receber a medicação. Essa espera culmina, muitas vezes no abandono do tratamento. Muitos pacientes pobres, que trabalham, preferem não fazer o tratamento a ficar sem emprego, diante da demora para o recebimento dos remédios. Isso demonstra a precariedade do atendimento no Sistema de Saúde Pública.

A extensão do tratamento antirretroviral a todo território sul africano se mostra como um desafio a ser enfrentado pelo governo, e o primeiro agravante que deve ser considerado é a multiplicidade de etnias, e as várias divisões sociais e lingüísticas que envolvem uma população de mais de 44 milhões de habitantes. Existe ainda uma grande movimentação gerada pela migração de diferentes povos, fugidos das situações de guerra nos países vizinhos. O país é uma congregação de diversos povos, que possuem costumes e valores diferentes.

Na África subsahariana como um todo, há uma demanda muito alta pela Terapia Antirretroviral - TARV. Segundo Bastos (2006) a TARV alcança apenas 10% da população que necessita do tratamento. Essa situação faz com que a política de prevenção e tratamento não tenha a eficácia esperada.

A forte presença do machismo na sociedade sul africana também dificulta o combate à epidemia. O machismo tem sido uma das causas da disseminação da Aids entre mulheres e da transmissão vertical, já que seus companheiros não se propõem a fazer o teste. Segundo Mills, em apresentação no I Seminário Internacional sobre HIV/Aids na UFPE, os homens sul africanos sustentam a idéia de serem fortes o suficiente para não contraírem a epidemia.

Em 2004, segundo o pesquisador Ashraf Grimwood, foram notificados 600.000 novos casos de Aids, e o número de mortes por AIDS/dia esteve entre 800 e 1000. Entre 2,8 e 3,4 milhões de mulheres, e 245.000 crianças viviam com HIV/Aids na África do Sul. No Brasil desde as primeiras notificações, foram identificados 18.124 casos de HIV Aids em indivíduos de 0 a 12 anos. (Fonte: Boletim epidemiológico para Aids 2009).

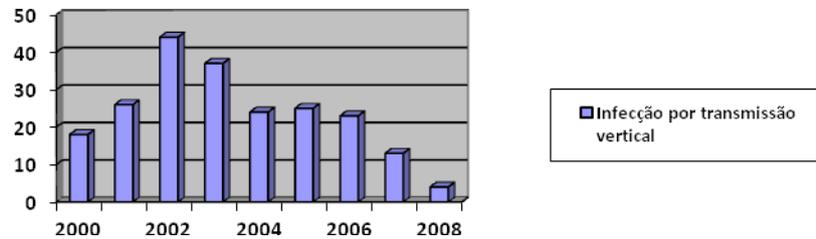
Outro ponto de grande relevância no enfrentamento à epidemia na África do Sul, além da terapia antirretroviral gratuita, foi a implementação de programas de saúde ocupacional, através de parcerias entre as mineradoras (que representam grande parte da economia sul africana), instituições estatais e privadas, agencias internacionais de pesquisa e ajuda humanitária. Esses programas consistiam majoritariamente na distribuição de antirretrovirais e na profilaxia e tratamento da tuberculose, visto que é uma das infecções oportunistas aos organismos vivendo com HIV, principalmente em ambientes muito úmidos e insalubres, caracterização correspondente aos locais de trabalho dos mineradores.

Dois índices que apresentaram redução significativa no Brasil foram os de transmissão vertical, e de usuários de drogas injetáveis (Vide gráfico 2 e 3). Essa redução é resultante da implementação do Projeto Nascer Maternidades, e da Política de Redução de Danos (que prevê a substituição de atividades mais danosas, por aquelas que apresentem menor risco de infecção), respectivamente. Essas duas ações governamentais foram parte da luta dos movimentos sociais e ONGs. Pelo direito à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids.

O Sistema Único de Saúde - SUS brasileiro dispõe de acompanhamento pré-natal especializado para mulheres com sorologia positiva para HIV/Aids. Aliado a este acompanhamento, em 2003 foi implantado o Projeto Nascer que realiza teste pré-parto em mulheres que não tiveram acompanhamento pré-natal para detectar HIV/Aids e sorologia positiva para sífilis, a fim de diminuir o número de infecções por transmissão vertical, ou seja, de mãe para filho durante a gestação. O boletim epidemiológico 2008

comprova que no mesmo ano da implantação do projeto o país já apresentava um declínio no número de infecções por transmissão vertical.

Gráfico 2: Taxa de infecção por transmissão vertical 2000-2008.

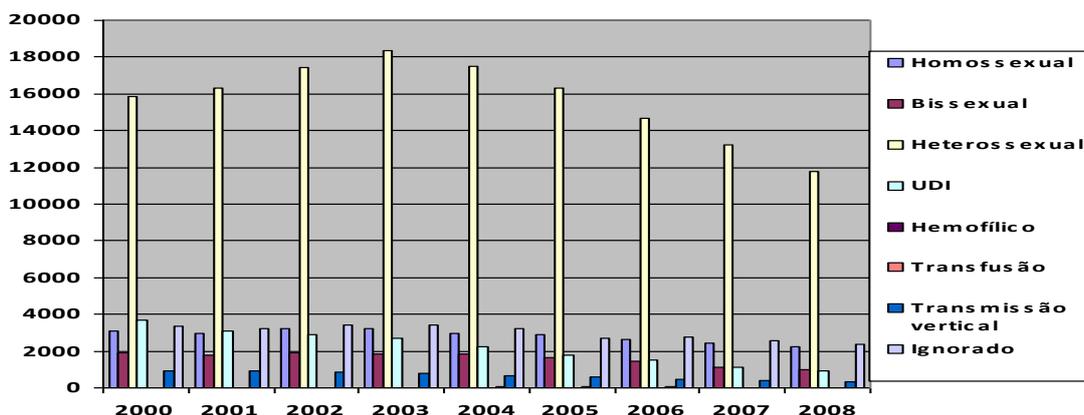


Fonte: Boletim epidemiológico 2008

O Boletim Epidemiológico (27ª a 52ª semana de 2008 até 1ª a 26ª semana de 2009) comprova que no período entre 1998 e 2008 o Brasil reduziu a incidência de casos de Aids em menores de cinco anos, em 36% dos casos. Em 1996 o coeficiente de mortalidade por Aids, em menores de cinco anos, era de 2,0 óbitos por 100.000 habitantes. Doze anos depois essa taxa era de 0,6 óbitos por 100.000 habitantes.

Apesar do decréscimo dos índices epidemiológicos no Brasil, a epidemia ainda apresenta altos índices, claramente concentrados em pessoas heterossexuais. A maior parte delas tem escolaridade entre 4-11 anos, e declara ser de cor parda. Os casos de homossexuais e bissexuais diminuíram após 2004. Ainda há um número muito expressivo de dados ignorados, o que dificulta a precisão do perfil epidemiológico.

Gráfico 3: Infecção por categoria de exposição hierárquica (2000-2008)



Fonte : Boletim Epidemiológico 2009

A feminização da epidemia no Brasil, também tem sido muito expressiva. Como demonstra a tabela 1, no ano de 1983 a razão entre homens e mulheres era de 40,0, já em 2008 era de 1,7, o que expressa um aumento da infecção entre as mulheres.

Tabela 1- Razão masculino: feminino no Brasil.

Ano	Razão masculino: feminino
1983	40,0
1985	26,7
1990	5,4
1995	2,7
2000	1,7
2005	1,6
2008	1,7

Fonte: Boletim Epidemiológico 2009.

## 2. Democracia, Direitos e Militância social

Os movimentos sociais desenvolveram e desenvolvem papel fundamental na luta pela garantia dos direitos constitucionalmente instituídos. Para Oliveira (apud SILVA, 1998:132) tendo os movimentos sociais se intensificado enquanto o país dava seus primeiros passos em direção à redemocratização, ao fim de 20 anos de ditadura militar, eles:

[...] constituem a primeira expressão da reconstrução da sociedade civil. A 'causa militante' passa a tomar formas mais precisas e mais relacionadas ao cotidiano e aos interesses individuais. Valendo-se dos interesses dos diversos grupos de indivíduos, começa-se a redesenhar uma política global." (OLIVEIRA, apud SILVA, 1998:132)

A partir deles têm origem as ONGs e alguns partidos políticos. Essas ONGs, segundo os autores do terceiro setor, fazem o papel de interlocutores entre as organizações de base e o Estado, seja por enfrentamento a ele, ou através do estabelecimento de parceria com o mesmo. As ONGs correspondem ao agrupamento de sujeitos dispostos a militar por uma temática específica, ou por um conjunto de temáticas que estejam voltadas para um radical comum.

As primeiras ONGs no Brasil e na América Latina foram formadas por intelectuais vindos do exílio que lutavam contra a ditadura, pela democracia, pela liberdade de expressão, de pensamento, e que viriam a romper com o ideal da filantropia, da caridade, do assistencialismo.

Montaño, ao estudar o terceiro setor, afirma que as ONGs surgiram como o "braço estendido" do ator principal nessa relação de conflito: os movimentos sociais, e

tinham como "missão" tanto contribuir para melhor organização interna como para articulação entre os movimentos sociais, além de transferir para estes os recursos captados de organismos estrangeiros (MONTAÑO, 2008 : 271).

Com o advento do neoliberalismo, os investimentos foram sendo voltados para o financiamento de ONGs, pois elas foram percebidas como "amortecedores sociais" nas comunidades que poderiam se articular contra as estratégias neoliberais. Logo, "à medida que cresceu a oposição ao Neoliberalismo, no início dos anos 1980, os governos europeus e norte-americanos, juntamente com o Banco Mundial, aumentaram a destinação de verbas para as ONGs" (Petras, 199:45, apud Montaño, 2008:272)

Nesse contexto, as ONGs vão obtendo além de mais recursos financeiros, mais credibilidade e adesão da população, e encontram mais abertura na cena política do país. Tomam cada vez mais o espaço de luta ocupado anteriormente pelos movimentos sociais. Esses últimos, sem adesão e sem recursos, quase sempre vêm ser reduzida sua quantidade e impacto social. Diante dos atores da anterior situação de conflito, as ONGs passam de coadjuvantes a assumir o posto antes pertencente aos movimentos sociais, de ator principal.

Hoje, três décadas após o seu surgimento na América Latina, suas atividades cobrem os mais diversos campos da experiência social: do desenvolvimento rural ao controle cidadão de políticas públicas e convenções internacionais (HADDAD, 2002, apud RAMOS, 2004:1068)

Vale ressaltar que a partir dessa reviravolta o contexto antes caracterizado como espaço de enfrentamento ao sistema, agora se configura como um ambiente de parceria entre as ONGs e o Estado e o mercado.

este relacionamento é dócil, despolitizado e despolitizador, funcional ao projeto neoliberal de reestruturação sistêmica. Da *luta* (dos movimentos sociais), passa-se à negociação (entre ONG e Estado), de relação de interesses conflitantes (das organizações populares), à relação clientelista. (MONTAÑO, 2008: 273)

A partir desses fatores as ONGs passam a desenvolver um outro papel, o de mediadores entre a esfera estatal e os movimentos sociais. O Estado e os organismos internacionais não precisam mais falar diretamente com os movimentos sociais, para tanto escolhem uma ONG para os “representar”. E como as ONGs trabalham com camadas específicas da sociedade, as respostas intermediadas por elas são, como o são no padrão neoliberal, focalizadas, setorializadas, desconcentradas, responsabilizam o indivíduo pelo atendimento a suas próprias demandas. Descaracteriza-se o padrão típico do *Welfare State*, que considerava as respostas no trato às refrações da questão social como constituintes do direito de cidadania e de universalidade ao serviço, tendo o Estado relação direta com elas.

Nas palavras de Montaña o que hoje ocorre é a

alteração de um padrão de resposta social à “questão social” (típica do *Welfare State*), com a desresponsabilização do Estado, a desoneração do capital e a auto-responsabilização do cidadão e da comunidade local para esta função (típica do modelo neoliberal ou funcional a ele). (MONTAÑO, 2008:185)

### 3. ONGs/Aids

A partir da correlação estabelecida entre a epidemia da Aids e a homossexualidade, a partir do início das notificações de infecção, os primeiros grupos que pressionaram os governos por atitudes para prevenção e tratamento que se traduzissem em políticas e programas de governo foram as organizações que militavam por direitos homossexuais, na maior parte dos países afetados, inclusive no Brasil e na África do Sul.

Porém essa luta no Brasil além de ter sido levada avante por ONGs de militância homossexual, e por movimentos e ONGs já existentes, que consideravam o público alvo a que dirigiam suas ações vulnerável à infecção pela epidemia, novos atores começaram a engajar-se na militância (pessoas de sorologia positiva, outros que conviviam com Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA), ou apenas simpatizantes com a temática), formando novos grupos, novas organizações não governamentais que tinham a luta pelos direitos de cidadania das pessoas vivendo com HIV/Aids como principal bandeira, as chamadas ONG/Aids.

O tabu em torno da epidemia fazia com que muitas pessoas soropositivas ou afetadas pelo HIV/Aids não se identificassem publicamente, ou mesmo na sua própria família enquanto tal. Essas ações geralmente culminavam em dois “problemas”: primeiro a recusa ao diagnóstico que atrasava o início do tratamento, ou a internalização da aproximação da finitude, e a auto-afirmação de incapacidade laboral.

Nesse sentido “as ONGs/Aids surgiram como resposta aos preconceitos e discriminações gerados nesse contexto e contra uma onda de pânico que marcou o surgimento da epidemia” (SILVA, 1998:133). Essas ONGs foram também identificadas como o espaço onde as pessoas vivendo com HIV/Aids poderiam absorver mais informações sobre o aspecto biológico da epidemia como também sobre aspectos para além da saúde como, por exemplo, as questões sócio-jurídicas que os envolvem enquanto sujeitos de direitos, assim como trocar experiências sem serem discriminadas por causa de seus comportamentos sexuais.

Outro papel associado às ONGs/AIDS é o de interlocutor entre as pessoas vivendo com HIV/Aids e as pesquisas médicas, ou seja, são as tradutoras da linguagem técnica das descobertas científicas para o entendimento dos diretamente afetados.

Descrevendo o desenvolvimento das ONGs/Aids, Ramos (2004) aponta o crescimento delas em torno de três grandes grupos: de apoio e *advocacy*; de pressão política e de pesquisa aplicada; e de pessoas vivendo com Aids. Essas ações são de suma importância, principalmente as de pressão ao governo para efetiva aplicação do proposto nos programas de Aids governamentais.

Como resultados dessa relação de pressão vale ressaltar três momentos da política brasileira em que a mobilização da sociedade civil e as ONGs/Aids tiveram papel relevante:

- O financiamento do Banco Mundial em 1992-1993, (que financiou a formulação e implementação do Projeto de Controle de Aids e DST, o AIDS-1), que exigia a

participação das ONGs no desenvolvimento das ações por entendê-las como mais próximas à comunidade.

- A concessão do acesso gratuito e universal no sistema público de saúde aos medicamentos da terapia antirretroviral, que foi uma luta travada pelos movimentos e ONGs/Aids, mesmo contrariando as recomendações de instituições internacionais, como o próprio Banco Mundial, que ditavam que os países em desenvolvimento deveriam centralizar suas ações na prevenção, não no tratamento da epidemia. Esta “desobediência” do Brasil aos ditames internacionais foi responsável por reduzir a taxa de infecção em alguns grupos, como os homossexuais e usuários de drogas injetáveis, e ainda aumentar o tempo de vida das PVHA;
- A proibição das doações de sangue pagas, fechamento dos bancos de sangue irregulares do Rio de Janeiro, e a implementação de hemocentros gerenciados pelo Estado, foram algumas das respostas às manifestações dos movimentos sociais quando foi descoberta a transmissão do HIV/Aids através do sangue infectado.

As ONG/Aids e pessoas vivendo com HIV/Aids, se reúnem periodicamente em encontros, tais como, os Fóruns de ONGs/Aids, a níveis regionais e nacionais, o Encontro Nacional de ONGs/Aids, o Encontro Nacional de Pessoas vivendo com HIV e Aids.

As ONGs/Aids em Pernambuco conformam o Movimento de Articulação Aids em Pernambuco (corresponde ao Fórum de ONGs/Aids no estado). Segundo descrito no site da ONG Gestos, uma das instituições coordenadoras da Articulação Aids no estado, o objetivo do Movimento é “formular propostas de políticas públicas, monitorar a política de saúde do município e do estado, particularmente no campo da AIDS e fortalecer a sociedade civil para o controle social”.

#### 4. ONGs/Aids em Pernambuco

Para este trabalho nos detivemos na aproximação a três ONGs/AIDS através do conteúdo disponibilizado nos sites, as quais chamaremos de ONG 1, ONG 2 e ONG 3, para facilitar o entendimento e preservar a identidade das mesmas. As três ONGs foram criadas entre os anos 1980 e 2000. As atividades desenvolvidas por tais instituições estão voltadas para o empoderamento das comunidades, e das pessoas soropositivas e vulneráveis à infecção pelo HIV/Aids em relação aos Direitos Humanos, e ao fortalecimento do controle social.

Com base nas categorias de classificação de Ramos (2004), poderíamos dizer que nenhuma das ONGs/Aids analisadas realiza estritamente as atividades que as enquadrariam em apenas um tipo classificatório, porém pela maior parte das atividades desenvolvidas pelas mesmas classificamos as ONGs 1 e 2 como de apoio e advocacy (ou seja, realizam ações de assistência psicossocial e jurídica, entre outras), e a ONG 3 na categoria de pressão política e pesquisa aplicada (realiza pesquisas sobre a população alvo, capacitação de atores e fortalecimento dos movimentos sociais).

As ONGs 2 e 3 possuem público alvo delimitado, e fazem recorte de gênero, com atendimento voltado a PVHA, profissionais do sexo e pessoas com deficiência; e a instituições, movimentos e organizações feministas, respectivamente.

As ONGs 1 e 2, realizam atendimentos individuais e grupais (ente outras atividades incentivam a adesão ao tratamento) a pessoas vivendo com HIV/Aids, e a pessoas afetadas, ou seja, que convivem com PVHA. Já a ONG 3 centraliza suas atividades no desenvolvimento de pesquisas e estudos e projetos com temas relacionados à vida, violência, corpo, sexualidade, cidadania, etc.(que pode ser demandado por um movimento, ou grupo de mulheres), com o objetivo de fortalecer as mulheres vivendo com HIV/AIDS, e os movimentos de mulheres.

As ONGs 1 e 2 oferecem assessoria sócio-jurídica à PVHA, e atividades sócio educativas que enfocam a prevenção e a capacitação de agentes multiplicadores de informação. Essa última atividade é realizada pela ONG 2 também com jovens surdos, além de oferecer oficinas como parte de um projeto de geração de renda.

A ONG 1 realiza suas atividades com o objetivo de empoderar as pessoas soropositivas e vulneráveis, e monitorar as políticas públicas.

A ONG 2 possui por missão encorajar o ativismo e a educação voltada para a prevenção às DST/HIV/Aids, Direitos Humanos e cidadania das PVHA e sociedade em geral; encorajando a solidariedade nas instituições comunitárias com as pessoas soropositivas.

A ONG 3 considera que a sua missão na defesa da vida e em combate ao HIV/Aids, vai além da perspectiva biomédica de saúde. O plano de enfrentamento à AIDS envolve a luta por melhores condições de habitabilidade, organização e fortalecimento de movimentos rurais, a discussão sobre trabalho produtivo e improdutivo de mulheres, e autonomia das mulheres, e as questões sobre violência. Por essa razão orienta suas atividades a essa análise mais sociológica da questão HIV/Aids. Visto que as condições socioeconômicas, e culturais do indivíduo vivendo e convivendo

com HIV/Aids exercem influência direta no aspecto biológico, no desenvolvimento do retrovírus.

Uma grande conquista da luta das ONGs/Aids em Pernambuco foi aliar prevenção da AIDS à do câncer intra-uterino que foi uma proposta formulada por elas e inserida no plano estatal de combate à AIDS.

Todas as três ONGs estudadas recebem para realização das suas atividades, financiamento de instituições internacionais, como por exemplo, da UNAIDS, UNIFEM, e possuem parcerias com as instituições governamentais. A saber, com a: Secretaria de Desenvolvimento Social de Pernambuco-SDS/PE, Secretaria de Saúde da Prefeitura do Recife – Coordenação Municipal de HIV/Aids, Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco – Coordenação Estadual de HIV/Aids, Ministério da Saúde.

## CONCLUSÃO

É evidente que apesar do alto índice de desigualdade ser o fator determinante da incidência da Aids tanto no Brasil como na África do Sul, a maneira que cada governo respondeu à epidemia, com programas, projetos e ações, considerando ou não as requisições da sociedade, e a maior ou menor organização, mobilização e enfrentamento (pressão) que os movimentos sociais exerceram diante da expansão da epidemia foi decisiva para que o HIV/Aids se conformasse com características diferentes em cada um desses países.

Atualmente, o que se evidencia em ambos os países é o processo de feminização da Aids. O que pode ser explicado pela cultura machista presente em ambas as sociedades, atrelada à influência da religião católica, que tem interferido no uso de preservativo.

A inserção das políticas de prevenção e tratamento do HIV/Aids no Brasil no Sistema Único de Saúde – SUS, que tem nos seus princípios a universalidade, integralidade, e equidade no acesso, pode ter sido responsável pela regressão com maior brevidade dos índices na epidemia no país do que na África do Sul. No Brasil vivenciou-se uma centralização das ações em torno do SUS, ou seja, ainda que desenvolvidas na esfera da atenção básica, como por exemplo, a detecção da soropositividade para o HIV no Posto de saúde da Família (parte do SUS), em qualquer lugar do país os encaminhamentos obedecerão a uma lógica que se segue como um

padrão nacional, enquanto que na África do Sul as atividades foram descentralizadas e cada governo ficou responsável por alocar os recursos e desenvolver as atividades.

Outro fator importante para a expansão em menor escala no Brasil foi o reconhecimento da epidemia como um caso de saúde pública por parte dos movimentos sociais, seguido por um posicionamento de confronto com o Estado para que ele se responsabilizasse por estratégias de prevenção e combate gratuitas e eficazes. Diferente da ação dos movimentos GLBTT na África do Sul que isolou os grupos infectados retardando as primeiras iniciativas para combater a doença.

Embora, como já foi sinalizado anteriormente, reconheçamos o importante papel desempenhado pelas ONGs/Aids, há que se concordar que a partir do momento que essas organizações começaram a estabelecer parcerias com o Estado, abriu-se um espaço para que este se retirasse da implementação das atividades preventivas, deixando essa função a cargo das ONGs/Aids. Esse comportamento é danoso porque encobre o caráter de direito que a política pública tem; seleciona quem deve ter o direito de acessar aos bens e serviços financiados com a verba pública; e precariza o desenvolvimento das atividades.

Com relação à primeira afirmação levamos em consideração a questão da mistificação do direito, quando outra instituição, senão o Estado, desenvolve as ações que consideramos ser da alçada governamental, como por exemplo, distribuição de preservativos, assistência médica, psicossocial à PVHA, os serviços prestados geralmente transparecem como uma ação da própria ONG, não como um serviço de direito do cidadão, que ele “financiou” ao pagar os impostos.

A segunda afirmação baseia-se na seguinte questão: desde que cada ONG direciona suas atividades para um público específico (ex.: criança, adolescentes e jovens, público GLBTTT), destitui o caráter de acesso universal que a política deve preconizar.

As duas afirmações anteriores ainda são agravadas quando unidas à questão do baixo valor estipulado pelo financiamento governamental. No edital para ONGs/Aids do estado de Pernambuco em 2004, o valor do financiamento indicado era de R\$20.000,00 (vinte mil ) reais, ou seja um valor muito aquém do que se necessita para fazer cumprir com efetividade , eficácia, e com qualidade os programas e projetos que estão na pauta das ONGs. Vale ressaltar, que deveria caber dentro desse valor o pagamento dos técnicos pertencentes às ONGs.

Não se deve esquecer, o fato de várias ONGs, não só as ONGs/Aids assegurarem sua permanência a partir das verbas das parcerias com os institutos internacionais e/ou com o Estado, tendo que depender dessa situação adversa que compromete a realização de suas atividades.

Outro fator desafiador que caracteriza esse momento de parcerias, em que algumas ONGs se conformam como braço extensor do Estado, é a vulnerabilidade dos militantes a serem cooptados. Muitos militantes, principalmente os que se exerciam posição de destaque ou possuem alto poder de mobilização nos movimentos e ONGs, são convidados a exercer a função de gestores, ou coordenadores de algumas políticas.

Apesar da diferença quantitativa entre os dois países, visto serem os índices sul africanos mais de nove vezes superiores aos brasileiros, esses dois países têm uma proximidade na análise dos impactos da AIDS frente a situações de vulnerabilidade como a desigualdade de renda, gênero e raça e a pobreza. Essa epidemia deve ser enfrentada através de políticas públicas, para que haja a garantia de direitos, fazendo com que as vulnerabilidades apontadas sejam reduzidas.

## BIBLIOGRAFIA

BASTOS, Francisco Inácio. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2006.

BRASIL. MINISTÈRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico Aids-DST**. Ano VI, n. 01. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS9A49113DPTBRIE.htm>>. Acesso em: 12 de maio de 2010.

HOLMQVIST, G. **HIV e Desigualdade de Rendimentos**: Se Há uma Ligação o que é que nos Diz? IPC Working Paper, 83. International Policy Centre for Inclusive Growth. Disponível em: <<http://www.ipc-undp.org/pub/port/IPCOnePager83.pdf>>. Acesso em: 04 de setembro de 2009.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e Questão Social**. Crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Ed. Cortez, 2008.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD.  
**Desenvolvimento Humano no Recife:** Atlas Municipal 2005. Disponível em:<  
[http://www.pnud.org.br/publicacoes/atlas\\_recife/index.php](http://www.pnud.org.br/publicacoes/atlas_recife/index.php)>. Acesso em: 10 de agosto  
de 2009.

\_\_\_\_\_. **A desigualdade na América Latina e Caribe 2010.** Relatório.

RAMOS, Silvia. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde:: a Aids, a  
saúde da mulher e a saúde mental.. **Revista Ciencia e Saúde Coletiva:** Doenças  
Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p.1067-1078, 2004.  
Out-nov. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-  
81232004000400027&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232004000400027&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 24 ago. 2009.

SILVA, Cristina Luci Camara da. Ongs/Aids, intervenções sociais e novos laços de  
solidariedade social. **Caderno de Saúde Pública:** Participação popular e controle de  
endemias, Rio de Janeiro, v. 2, n. 14, p.129-139, 1998. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-  
311X1998000600012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X1998000600012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 19 ago. 2009.