

# AIDS

## UMA EPIDEMIA DE INFORMAÇÕES

---

Clóvis Ricardo Montenegro de Lima

**2<sup>a</sup> edição**

Rio de Janeiro, 2006





*Aos meus pais, Clóvis (em memória) e Regina,  
filhos, Carlos Eduardo e Nicolas,  
irmãos, Cássio, Carlos Rogério e Célia Regina,  
cunhados, Juliane, Patricia e Marcelo,  
e sobrinhos, Victor, Giulia, Matheus Gabriel,  
Johaness Baptist e Maria Clara.*



*Agradeço aos meus orientadores:  
Dra. Ester Kosóvski e Dra. Maria Nélida  
Gonzalez de Gómez, da ECO/UFRJ/IBICT,  
e Dr. Peter Kevin Spink e Dra. Ana Maria  
Malik, da EAESP/FGV.*



*...Naquele Império, a Arte da Cartografia logrou tal Perfeição que o mapa de uma única Província ocupava toda uma Cidade, e o Mapa do Império, toda uma Província. Com o tempo, esses Mapas Desmedidos não satisfizeram e os Colégios de Cartógrafos levantaram um Mapa do Império, que tinha o tamanho do Império, e coincidia pontualmente com ele. Menos Adictas ao Estudo da Cartografia, as Gerações Seguintes entenderam que esse dilatado Mapa era Inútil e não sem Impiedade o entregaram às Inclemências do Sol e dos Invernos. Nos desertos do Oeste perduram despedaçadas Ruínas do Mapa, habitadas por Animais e por Mendigos; em todo o País não há outra Relíquia das Disciplinas Geográficas.*

Jorge Luis Borges

© Clóvis Ricardo M. de Lima/E-papers Serviços Editoriais Ltda., 2006.  
Todos os direitos reservados à Clóvis Ricardo M. de Lima/E-papers  
Serviços Editoriais Ltda. É proibida a reprodução ou transmissão desta  
obra, ou parte dela, por qualquer meio, sem a prévia autorização dos  
editores.

Impresso no Brasil.

1<sup>a</sup> edição em julho de 2005.

2<sup>a</sup> edição em janeiro de 2006.

ISBN 85-7650-

*Projeto gráfico, diagramação e Capa*

Lívia Krykhtine

*Revisão*

Helô Castro

Marília Pinto de Oliveira

Esta publicação encontra-se à venda no *site* da  
E-papers Serviços Editoriais.

<http://www.e-papers.com.br>

E-papers Serviços Editoriais Ltda.  
Rua Mariz e Barros, 72, sala 202  
Praça da Bandeira – Rio de Janeiro  
CEP: 20.270-006  
Rio de Janeiro – Brasil

# **SUMÁRIO**

---

- 11    PREFÁCIO
- 13    APRESENTAÇÃO
- 17    AIDS – UMA EPIDEMIA DE INFORMAÇÕES
- 19    Introdução
- 27    Métodos
- 35    O Diagrama Médico de Foucault: A Disciplina dos Corpos e a Vigilância das Populações
- 59    A Epidemia de Informações na Sociedade Pós-moderna
- 83    Arqueologia do Vírus, da Doença e das Normas
- 105    A Genealogia da Disseminação das Palavras
- 151    Conclusões
- 155    Referências Bibliográficas
- 161    REFORMA DO ESTADO E POLÍTICA DE SAÚDE:  
DISCUSSÃO DA AGENDA DO BANCO MUNDIAL E DA  
CRÍTICA DE LAURELL
- 166    A Agenda da Reforma Sanitária do Banco Mundial
- 173    O Discurso da Crítica de Laurell
- 178    A Dissidência Depois da Perda de Confiança
- 184    Referências Bibliográficas
- 185    AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE  
INTRODUÇÃO E DE IMPLEMENTAÇÃO  
DAS TERAPIAS ANTI-RETROVIRAIS PARA PESSOAS COM  
HIV/AIDS NO BRASIL
- 189    Avaliação da Qualidade do Processo
- 190    Eficácia

195	Eficiência
200	Efetividade
201	Aceitabilidade
204	Legitimidade
208	Otimização
210	Eqüidade
213	Conclusão
215	Referências bibliográficas

## PREFÁCIO

Conheci Clóvis Ricardo Montenegro de Lima na Escola de Comunicação da UFRJ, quando cursava o Mestrado em Ciência da Informação e foi meu aluno e orientando na elaboração da sua dissertação para obtenção do grau de Mestre.

Desde o início percebi a sua vocação para a pesquisa, seriedade e dedicação na abordagem de um assunto ainda pouco explorado na época, início da década de 1990, de certo modo tabu, em que Clóvis, vindo da área médica, tomou como estudo de caso o tema AIDS, para uma análise do que ele denominou “uma epidemia de informações”. Trouxe dados e informações originais e importantes e foi aprovado com grau máximo.

É uma tarefa gratificante prefaciar esta obra finalmente publicada que é fruto de aprofundada pesquisa e reflexão, trabalho que tive o prazer de acompanhar desde os primórdios da escolha do tema, análise dos dados e reflexão sobre as descobertas, esta enriquecida pela sua prática na medicina e de novos estudos sobre esta enfermidade e seu tratamento científico e sociocultural.

Na sua reflexão, usou de conceitos da filosofia, ética, sociologia, direitos humanos, comunicação, medicina e ciência da informação.

O seu trabalho inicialmente acadêmico, frutificou gerando artigos como o de capa da revista *Ciência da Informação*, “AIDS – as epidemias dos vírus e das informações”, no volu-

me 22, número 3, setembro/dezembro 1993; da revista *Saúde em debate*, nº 49/50, março 1996, intitulado “Reforma do Estado e política de saúde” e “Avaliação do processo de introdução e de implementação das terapias anti-retrovirais para pessoas com HIV/AIDS no Brasil”.

No decorrer dos anos 90, o autor ampliou os seus conhecimentos e estudos e fez o doutorado na Fundação Getúlio Vargas, em São Paulo, tese defendida no ano 2000.

A obra aborda no desenvolvimento do seu estudo, conceitos da arqueologia, da genealogia e da teoria do desvio, ao apreciar todos os aspectos dos primórdios do conhecimento da doença, seus reflexos sociais e comportamentais e de divulgação informacional.

É um livro importante sob todos os aspectos, esclarecedor, com o mérito inegável de apresentar uma visão ampla e multidisciplinar sobre o tema que não é exclusivo da medicina. Contribuição efetiva e preciosa para quem busca um aprofundamento neste campo de estudos que o talento do autor soube ampliar. De leitura enriquecedora, é igualmente recomendável para leigos, estudantes e profissionais, e importante contribuição bibliográfica.

Rio de Janeiro, 7 de julho de 2005.  
*Ester Kosovski*

## **APRESENTAÇÃO**

---

“AIDS – uma epidemia de informações” é a dissertação de Mestrado em Ciência da Informação apresentada no programa de pós-graduação da Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em convênio com o Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia – IBICT, em abril de 1992.

Esta dissertação foi elaborada sob orientação das professoras Dra. Éster Kosovski, da Escola de Comunicação, e Dra. Maria Nélida Gonzalez de Gómez, do IBICT. A banca examinadora foi composta pelos professores Dra. Éster Kosovski, Dr. Aldo de Albuquerque Barreto e Dra. Rosali Fernandez de Souza. A dissertação obteve Conceito A.

Esta dissertação descreve a arqueologia do vírus HIV, da doença AIDS e das normas de controle pertinentes. Faz-se uma atualização do conceito de diagrama de poder de Foucault, destacando o deslocamento da disciplina do corpo para a vigilância das populações. O perigo do virtual potencializa a medicina do real.

A sociedade pós-moderna vive com as epidemias de informações. As principais conexões nesta dissertação com falas de Foucault, Deleuze, Guattari e Habermas resultam diretamente da temporada de seminários entre 1988 e 1990 com a professora Dra. Maria Nélida. A partir deles foram feitas também incursões a aulas no Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A genealogia da disseminação das palavras a partir das epidemias do HIV/AIDS permite pensar a medicina como uma estratégia de poder, um dispositivo de controle nas sociedades pós-industriais. A busca de documentos ao modo de Foucault quer construir falas e argumentos a partir desta medicina produtora de corpos dóceis e ferramenta de governo das populações.

A memória deste tempo registra a Dra. Éster Kosovski dizendo que não podemos ter medo de ser “desviantes”. Foram nestas aulas que retomei pensar e discutir a experiência com a epidemia de AIDS na cidade de São Paulo. Em 1987 a conclusão imediata ao elaborar o projeto de pesquisa dos marcadores sorológicos do HIV em homossexuais masculinos, no Instituto Adolfo Lutz de São Paulo, foi: pensar as epidemias de HIV/AIDS é também possibilidade das Ciências Humanas e Sociais.

Gostaria de registrar a admiração por Paulo César Bonfim, a quem conheci pelas reportagens da *Folha de S. Paulo* e, em 1990, pessoalmente. Ele deu alma em meados dos anos 80 ao Grupo de Apoio e Prevenção da AIDS – GAPA de São Paulo, que considero pioneira entre as organizações não-governamentais que entenderam seu papel inovador, empreendedor e solidário nas sociedades atuais.

Esta dissertação foi publicada em versão menor na revista *Ciência da Informação*, do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, em 1993 (*Ci. Inf.*, Brasília, v. 22, n. 3, p. 201-209, set./dez. 1993). O resumo do artigo publicado assinala:

*A medicina opera as tecnologias e as estratégias do poder, articulando no sistema de vigilância epidemiológica as forças, os desejos e os interesses na organização racional do mundo da vida. A AIDS evidencia este olho do poder, que produz o real a partir do perigo virtual.*

Em novembro de 1994 ingressei, após exaustivo processo de seleção, como consultor permanente do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, para trabalhar na implantação dos processos de avaliação do progra-

ma. Foi uma experiência extremamente rica, que permitiu contato direto com as políticas e as ações estratégicas de controle e de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS.

Gostaria de mencionar a orientação nestes processos do Dr. Luiz Antonio Matheus Loures, diretor da unidade de vigilância e avaliação do Programa Nacional de DST/AIDS. Dividi com o sociólogo Julio Barrios as primeiras oficinas regionais de avaliação do Programa Nacional no primeiro semestre de 1995. Foi um trabalho difícil de selecionar e testar conceitos e procedimentos para avaliar o desempenho do programa. Havia as normas do acordo de empréstimo do Banco Mundial.

A discussão do relatório do Banco Mundial de 1993, Investindo em Saúde, e as críticas feitas por Cristina Laurell nos Congressos de Epidemiologia em 1995 na cidade de Salvador (BA) motivaram a escrever a análise da discussão sobre reforma do Estado e política de saúde. Este artigo foi publicado na revista *Saúde em debate* (Londrina, n. 49-50, p. 34-43, dez.1995-mar.1996).

É pertinente observar que o relatório do Banco Mundial de 1993 recomenda que os governos reduzam – ou eliminem, se possível – a alocação de recursos financeiros para serviços clínicos discricionários. Neste sentido os pacotes clínicos essenciais não devem oferecer tratamentos que têm pouca eficácia em função dos custos, que então incluem “terapias medicamentosas caras para infecções pelo HIV”.

A discussão mais detalhada da avaliação da rentabilidade econômica das intervenções resultou em outro artigo, “Avaliação do custo-eficácia das intervenções em organizações de saúde”, escrito com meu irmão Carlos Rogério e publicado em 1998 na *Revista de Administração de Empresas*, da Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas (*RAE*, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 62-73, abr./jun. 1998) e em 2005 no livro *Administração da Assistência Suplementar à Saúde* (Ed. E-papers).

Em julho de 1995 fiz o exame de qualificação de tese de doutorado na Escola de Administração de Empresas de

São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, orientado pela professora Dra. Ana Maria Malik. A pesquisa pretendia resultar em procedimentos de verificação e de mensuração da qualidade da assistência à saúde das pessoas com HIV/AIDS no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em julho de 1997 a UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) me convidou para trabalhar na avaliação da implantação da terapia anti-retroviral combinada no Brasil. Foram meses de pesquisas, visitas e conversações com a coordenação nacional no Ministério da Saúde, as coordenações estaduais de São Paulo e do Rio Grande do Sul, e a coordenação municipal de Porto Alegre.

Estas pesquisas fizeram perceber os efeitos positivos da Lei Federal nº 9.313, de 1996, que determina distribuição gratuita de anti-retrovirais para pessoas com HIV/AIDS.

O documento “Avaliação do processo de introdução e de implementação da terapia anti-retroviral” foi apresentado e discutido com técnicos da UNAIDS e do Ministério da Saúde e com especialistas convidados na oficina de trabalho “Os desafios da terapia anti-retroviral no Brasil”, realizada em março de 1998 em Brasília.

Estas pesquisas e as discussões posteriores afetaram profundamente o desenvolvimento e a elaboração da tese de doutorado em Administração, “Avaliação da qualidade das organizações de cuidados da saúde das pessoas com HIV/AIDS”, apresentada no primeiro semestre de 2000 na Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas.

São quase 20 anos convivendo com as epidemias de informações e do HIV/AIDS. Foram muitas aprendizagens, alegrias e tristezas. Nesta publicação gostaria de destacar, sobretudo, o esforço para usar a arqueologia e a genealogia, que possibilitam evidenciar singularidades e conexões de informações, saberes e poderes.

# AIDS

## UMA EPIDEMIA DE INFORMAÇÕES

---

*Dissertação apresentada, em abril de 1992, ao Curso de Mestrado em Ciências da Informação da Escola de Comunicação da Universidade Federal do Rio de Janeiro – ECO/UFRJ e do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia – IBICT/CNPq para obtenção do Grau de Mestre em Ciência da Informação.*



## INTRODUÇÃO

A AIDS significa no contexto do saber e do discurso da medicina clínica e social o encontro com a morte, reforçando a finitude das forças no homem. As falas e as discussões do normal e do patológico a partir do vírus e da doença são demonstrações do esgotamento do modelo racional da sociedade da disciplina e da vigilância.

A epidemia de AIDS representa a disseminação do vírus e da doença no espaço social e das normas e das informações no mundo da representação deste mesmo espaço. Esta epidemia multiplica as possibilidades de composição da medicina dos corpos e das populações, que exigem uma arqueologia da própria medicina e uma genealogia da formação histórica contemporânea.

A articulação metodológica da arqueologia e da genealogia permite abrir o lado de dentro e o lado de fora da medicina clínica e social, o que cria o quadro de referências pertinentes para o exercício do pensamento e da vontade de poder operar os corpos e as populações com outros modelos. Esta operação tem modos limitados de representar os atributos das estruturas do ser humano e da sociedade.

Nas sociedades modernas que se formam no século XVIII a medicina clínica e social representa o campo do saber e do discurso onde se articulam as tecnologias de disciplina dos corpos e de governo das populações. A racionalização do conhecimento e da linguagem expressa os vínculos e a

organização social das forças a partir do processo de urbanização da vida, industrialização de produção e proletarização do trabalho.

A medicina clínica se humaniza a partir do século XVIII com a demarcação da anatomia patológica de Bichat. A conjugação dos sintomas com as estruturas deformadas dos órgãos e dos tecidos nos cadáveres dissecados posicionam a morte como o extremo do saber e do discurso sobre o corpo e criam modos de controle disciplinar sobre eles.

A medicina clínica corresponde à observação técnica do olhar detalhado sobre a superfície dos corpos. A anatomia patológica abre o lado de dentro ao saber e ao discurso, ao mesmo tempo em que opera uma transformação na própria medicina clínica. Acontece uma explosão do espaço desta a partir da demarcação do volume anatômico.

A mudança na medicina clínica se acentua com a fisiologia de Brouaiss. A determinação das febres como distúrbio nas funções do corpo amplia as representações racionais para o espaço da biologia, da química e da física. Este modo da medicina clínica tem cada vez mais a dizer sobre os corpos, acumulando tecnologias de disciplina sobre eles.

A expansão das representações regionais acontece para dentro do volume anatômico e fisiológico dos corpos. Por outro lado, esta expansão também ocorre em sentido inverso. Sen-  
do a própria medicina clínica uma produção social, ela também controla os vínculos e a organização social com as suas oposições do normal e do patológico.

Na época em que o capitalismo urbano e industrial começa a recensear e a dimensionar as suas necessidades de mão-de-obra, a doença e a medicina clínica adquirem relevância social: a manutenção da saúde, a cura, a pesquisa de causas e focos patogênicos e a assistência aos pobres, tornam-se encargo coletivo que os centros de poder devem, por um lado, produzir, e, por outro, controlar.

A produção, a acumulação e a circulação do conhecimento e da informação da medicina clínica são processos sociais. Acontece a valorização do corpo como força de trabalho, o cuidado em definir a competência no campo do saber e

do discurso, os esforços em manter o nível de saúde enquanto conceito positivo de uma população, o cuidado com a terapêutica, a manutenção dos seus efeitos, o registro dos fenômenos vitais. A disciplina se desloca para o terreno do governo das populações.

O discurso e o saber da medicina clínica se dirigem a um certo número de objetos, sendo a sua produção exclusividade de um certo número de indivíduos designados para exercerem certas funções reguladoras na sociedade. O médico personifica o titular autorizado de determinado modo de relação institucional com os corpos e com as populações, com suas modalidades de ensino e de disseminação do conhecimento e da informação.

A arqueologia do saber e do discurso da clínica médica e a genealogia dos poderes que constituem o contexto histórico em que se formam e sobre o qual se exerce são preciosamente estudados e analisados pelo filósofo Michel Foucault. Foucault considera que a medicina clínica e social não é uma ciência:

*Não só porque não responde aos critérios formais e não atinge o nível de rigor que se pode esperar da física, da química ou mesmo da fisiologia, mas, também, porque comporta um acúmulo, apenas organizado, de observações empíricas, de tentativas e de resultados brutos, de receitas, de prescrições terapêuticas, de regulamentações institucionais... (1987:204)*

As representações racionais na modernidade tomam como ponto de partida não apenas a morte, mas as diferentes distribuições dos corpos e das populações. Estas racionalizações observam, inclusive, os detalhes das interações dos seres humanos e dos vínculos sociais.

A sociedade moderna que se desenvolve nos últimos dois séculos edifica os aparelhos para produzir saber e discursos verdadeiros sobre as esferas molares e moleculares da vida. Não apenas fala muito e força todo mundo a falar, mas também empreende a formulação da verdade desigualmente regulada. É essencial que o corpo se inscreva não somente em uma economia das forças, mas também em um regime regulado de saber e de discursar.

Organizam-se os aparelhos para produzir saber e discurso sobre os corpos, cada vez mais saber e discursos, suscetíveis de funcionar e de serem efeito de sua própria economia. Esta explosão corresponde ao esforço dos seres humanos em dominar a natureza nas formações sociais modernas.

O conhecimento e a informação da medicina clínica e social não operam apenas com a interdição, mas com a modulação no mundo da vida. Não se deve fazer a simples oposição entre o que se diz e o que não se diz; é preciso tentar determinar as diferentes maneiras de não dizer que tipo de discurso é autorizado e que forma de discrição e de silêncio é exigido a uns e outros. Existem muitos fluxos e interdições que integram a estratégia que demarca o campo dos saberes e dos discursos, compondo um modo de ordem social racionalizada.

É fundamental que os processos de disseminação e de sedentarismo no campo do conhecimento e da informação da medicina clínica e social sejam entendidos como composição de forças em torno do normal e do patológico. Entretanto, o saber e o discurso não são submetidos de uma vez por todas ao poder, nem opostos a ele.

Existe um jogo complexo em que o saber e o discurso podem ser, ao mesmo tempo, instrumento e efeito do poder, mas também o obstáculo, escora, ponto de resistência e ponto de partida de uma estratégia oposta. O saber e o discurso veiculam e produzem poder, reforçam-no; mas também o expõem, debilitam e permitem barrá-lo.

A medicina clínica e social opera a disseminação do conhecimento e da informação qualificada pelo estatuto da verdade, que efetuam não apenas a dominação disciplinar dos corpos, mas também a vigilância e controle das populações. A distribuição deste conhecimento e desta informação da medicina clínica e social demarca a desigualdade dos indivíduos na relação com a morte e com a ordem social que ela produz no mundo dos vivos.

As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois pólos em torno dos quais se desenvolvem as organizações do poder sobre a vida. A instalação anatômica e biológica, individualizante e especificante, voltada para os de-

sempenhos do corpo e encarando os processos da vida, caracterizam um poder de controle infinitesimal da sociedade moderna. A potência da morte é cuidadosamente recoberta pela disciplina dos corpos e pela gestão calculada da vida social.

A medicina clínica e social representa o campo do saber e do discurso que preenchem o volume do corpo e que giram em torno da morte. A partir desta definição da finitude se distribuem os acontecimentos no modo racional de exercício do poder. Articulam-se a anatomia política do corpo e a biopolítica da população.

O sistema de vigilância epidemiológica utilizado no controle das doenças transmissíveis nas sociedades modernas é um modelo aperfeiçoado do uso do conhecimento e da informação da medicina clínica moderna para controle, prevenção e tratamento dos doentes e de doenças. O sistema de vigilância epidemiológica é ele mesmo um modo de estruturação da produção, acumulação e circulação do saber e do discurso.

O sistema de vigilância epidemiológica conjuga tecnologia do olhar sobre os corpos com as técnicas de vigilância e de sanção das populações que caracterizam as formações de poder nas sociedades modernas: prisões, escolas, hospitais etc. Definindo o normal, controlando as séries, regulando o diverso, o sistema de vigilância epidemiológica produz um centro de poder em torno do qual gira a sociedade e se formam os vínculos sociais.

O sistema de vigilância epidemiológica das sociedades contemporâneas não é capaz de aprisionar a epidemia da síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS), que se instala em nível mundial a partir de 1980 e que se aproxima dos brasileiros a partir de 1984. O saber e o discurso da medicina clínica e social não têm forças para envolver o vírus sem nome e sem cura.

O agente causador da síndrome de imunodeficiência recebe uma designação, mas não reduz o mal-estar da medicina clínica e social. Esta não tem potência para prevenir e curar com seus instrumentos, as vacinas e os remédios. Apenas olha com detalhes a disseminação do vírus e da doença,

produzindo a sua própria disseminação de normas e de informações.

A medicina clínica e social usa a sua força de saber e de discurso autorizados para descrever a epidemia. O vírus circula no sangue e nos fluídos do corpo e se transmite pelas transfusões, pelo compartilhamento de seringas e pela relação sexual. O aumento dos casos deste agravo inusitado faz crescer a curiosidade de todos: querem saber e discursar.

Este aumento dos casos permite a elaboração de uma modelagem no acontecimento e na distribuição dos mesmos no espaço social. Esta modelagem opera a organização dos casos e a sua distribuição probabilística. A organização e a distribuição são os eixos da disciplina e da vigilância.

O olhar adestrado observa o vírus no espaço social. Contudo, são múltiplos os olhares e as coisas observadas. Cada olhar se comunica com o outro, compondo a rede do conhecimento e da informação. O centro da verdade está vazio: não há vacinas, não há remédios. A medicina clínica e social transforma a sua própria racionalidade em proposição de ortopedia social. O espaço virtual do risco se confunde com o espaço da morte anunciada. O jogo de forças articula a individualização dos excluídos.

O recurso à publicidade pelo sistema de vigilância epidemiológica para controlar e prevenir a disseminação da AIDS desloca o espaço de discussão para uma esfera onde habitualmente outros desejos e interesses se expressam. Diversos sujeitos e fatores históricos se articulam na ampliação do universo dos falantes sobre o vírus e a doença. É uma epidemia de informações no espaço social da comunicação.

Criam-se vínculos e solidariedades locais no processo de disseminação da AIDS. Formam-se grupos desejantes e de interesses restritos no controle e na prevenção da AIDS. Estes grupos produzem o seu próprio saber e o seu próprio discurso, seja porque são portadores do vírus, seja porque se enquadram no espaço virtual dos ameaçados de morte, seja porque convivem com o vírus e suas ameaças.

Estes fluxos de falas e de forças compõem o saber e o discurso da medicina clínica e social. O que a AIDS mostra,

de modo claro, são as forças envolvidas na representação racional desta medicina. E, por outro lado, abre espaço para outros sujeitos de fala no campo da intersubjetividade instável, em permanente composição e recomposição das formas históricas do saber e discursar.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense, 1987.



## MÉTODOS

A epidemia de AIDS que se dissemina mundialmente na década de 1980 exige tecnologias de percepção, de olhar e de organização do saber, que a articulem com o contexto social das estruturas de poder e as suas formações históricas. Estas tecnologias extrapolam o quadro metodológico da racionalidade moderna. A própria epidemia de AIDS produz a formação discursiva onde se encontram as referências de sua significação.

Em agosto de 1987 um projeto de pesquisa no Laboratório de Hepatites e AIDS do Instituto Adolfo Lutz de São Paulo situava no campo da virologia a investigação dos conflitos vinculados à peste: “Pesquisa de marcadores sorológicos de AIDS e Hepatite pelo vírus B em dois grupos selecionados de homossexuais masculinos”. Seus autores: Dr. Celso Granato (orientador), Clóvis Montenegro de Lima e Tania Pedroso.

No formulário específico do projeto de pesquisa do Instituto os autores defendiam a relevância do tema: “A associação dos casos registrados de AIDS com homossexualidade masculina tem ocorrido. Essa observação tem estimulado o preconceito social contra essa minoria de orientação sexual e não permite uma correta avaliação dos riscos de transmissão sexual simplesmente pela multiplicidade de parceiros.”

A pesquisa definia como objetivos o estudo da freqüência de anti-HIV e AgHBs em grupos selecionados de homossexuais masculinos, testando a hipótese de associação da AIDS e da Hepatite pelo vírus B com a multiplicidade de parceiros

sexuais e a hipótese de não haver associação das mesmas com a homossexualidade masculina de parceiros exclusivos.

O “material” seriam dois grupos selecionados de homossexuais masculinos, um composto por indivíduos com múltiplos parceiros e outro composto por membro de parceria exclusiva fixa nos últimos seis meses, tempo seguro para a ocorrência de uma viragem sorológica a ser detectada. Seriam excluídos da pesquisa aqueles que tivessem história pregressa de hemoterapia e de uso de drogas IV. Eles seriam submetidos à pesquisa sorológica pelo método imunoenzimático.

Esta pesquisa jamais foi realizada nestes moldes, mas teve o mérito de trazer à discussão do método adequado para a análise dos processos sociais na epidemia de AIDS. É evidente que a crítica do saber e do discurso médicos que se estavam produzindo não poderiam ser prisioneiras do espaço asséptico dos laboratórios de patologia clínica.

A mesma medicina que não afirmava a sua potência com a vacina e os remédios, arrogava-se o direito de, a partir da análise das distribuições da epidemia, definir as situações de risco. Esta construção virtual serviu de suporte para a elaboração de normas de “controle e prevenção”, que produziam um ordenamento racional do mundo da vida.

Esta discussão não poderia ficar restrita aos atores previamente autorizados da comunidade científica da medicina. Estava e ainda está em jogo os direitos individuais frente às normas emanadas pelas instituições que se proclamam competentes para produzir a verdade e emitir padrões de comportamento e de orientação dos modos de ser.

O espaço social era violentamente invadido por informações referentes à epidemia de AIDS. O fato de a doença apresentar uma elevada letalidade entre os casos conhecidos fazia com que todos e cada um se interessassem em saber como evitar a dor e a morte. É o início da epidemia de informações.

Este processo de entrelaçamento da disseminação do vírus, da doença, das normas e das informações era particularmente evidente na cidade de São Paulo, onde aconteceram os primeiros casos da doença e onde se concentraram quase 50% dos casos até 1989.

Os meios de comunicação usaram a AIDS como notícia cotidiana. Os médicos tinham espaço para divulgar suas opiniões e seus conhecimentos, ao mesmo tempo em que porta-vozes de grupos de interesse específico ameaçados pela vigilância também o tinham. Especialmente os grupos de defesa da liberdade de orientação sexual se expressaram.

Os centros de poder participam ativamente desta disseminação de informações, publicando folhetos, cartazes, boletins e manuais técnicos. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo produz até mesmo uma sofisticada segmentação do material destinado a informar. Estava definida a estratégia de disciplina e de vigilância: a disseminação de informações.

Estes documentos compõem um rico quadro de demonstração da vida social naquele período, pois a AIDS está associada à sexualidade, ao uso de drogas e ao uso de serviços de saúde para hemoterapia. Produzem detalhes que penetram infinitesimalmente na vida, determinando modos de ser para o corpo e para as populações.

A observação, o pensamento e a fala a partir das epidemias exigem um marco de conceitos fora da medicina e da racionalidade científica moderna. É necessário encontrar no contexto social e nas características peculiares da doença os elementos para poder representá-la e interpretá-la. Não se quer destruir a medicina, mas fazer uma crítica profunda dos seus valores.

No campo do saber da comunicação e da informação estão expostas ferramentas capazes de forjar a análise da epidemia discursiva na AIDS, pois nele se está orientado para a percepção e a organização do saber a partir da própria formação discursiva. Trata-se, então, de identificar e de arquivar as palavras relevantes e pertinentes.

O trabalho de investigação não se referia ao diagnóstico de casos ou à detecção do vírus, mas à pesquisa arqueológica das suas representações e interpretações, inclusive nas normas. Por outro lado, fazia-se a genealogia da composição de forças do discurso médico.

Os métodos da arqueologia e da genealogia são usados por Michel Foucault, ao longo de sua obra filosófica, para

apresentar e para discutir certas formações de saber e de discurso: a loucura, a clínica, as prisões à sexualidade. Entretanto, parece-nos evidente que não existe uma metodologia padronizada aplicada a todas as situações. Cada formação fornece o seu próprio quadro de referências de visibilidade e de enunciação.

Machado estuda a obra de Foucault e declara que não existe uma arqueologia, mas uma trajetória de arqueologias que se modificam de acordo com a elaboração dos trabalhos do autor. Por fim, teria Foucault desembarcado no campo da genealogia, no campo da história sem origem e sem destino.

A arqueologia é a análise dos saberes a partir do que Foucault chama de *a priori* histórico:

*Este a priori é o que, em dada época, recorta na experiência um campo de saber possível, define o modo de ser dos objetos que nele aparecem, arma o olhar cotidiano dos poderes teóricos e define as condições em que se pode enunciar sobre as coisas um discurso reconhecido como verdadeiro. (apud Machado, 1981:150)*

Foucault, inicialmente, insiste no fato de que a arqueologia deve definir o campo do saber, demarcar as periodizações, estabelecer as mutações a partir das propriedades intrínsecas do mesmo. Neutralizando as relações com o social, a arqueologia foucaultiana quer estabelecer as condições históricas de possibilidade internas ao próprio saber.

Foucault estabelecerá o ápice de sua investigação arqueológica introduzindo o conceito de saber como o nível específico em que se deve situar a análise. Machado comenta a formação do saber como positividade e a decorrente ruptura metodológica com a epistemologia:

*O que diz agora Foucault explicitamente é que o saber não pode ser tematizado tomando por referência algo que não ele mesmo, seja uma forma de saber mais perfeita, posterior e superior, que permitiria julgá-lo a partir de critérios de científicidade, seja algo que não o próprio saber, como a estrutura econômica e social, e de que o saber seria como que a expressão, a projeção. (1981:148)*

A arqueologia de Foucault não apenas é diferente da história factual, como a ela se opõe. Na investigação da clínica ele parte da relação intrínseca entre duas faces do conhecimento médico: o olhar e a linguagem. A percepção do olhar das visibilidades tem o seu complemento na formação discursiva dos enunciados.

Machado destaca esta singularidade da investigação arqueológica de Foucault no campo da clínica moderna:

*O que interessa a Foucault é analisar a linguagem em sua relação intrínseca com a experiência médica e seu objeto. Neste sentido, por exemplo, a clínica é um novo recorte das coisas e o princípio de sua articulação em uma nova linguagem. Não pode existir especialização sem verbalização do patológico.* (1981:119)

O conceito de genealogia se encontra em Nietzsche nas suas dissertações sobre o ressentimento, a má consciência e o ideal ascético, onde ele faz a crítica radical dos valores e da metafísica. A genealogia nietzscheana expressa a sua noção original de vontade de potência, diferencial das forças no ser humano.

Na história da violência nas prisões Foucault começa a usar o termo genealogia, pois pretende explicar a existência das formações de saber e de discurso e suas transformações situando-as no contexto das relações de poder ou incluindo-as em um dispositivo político.

A genealogia não procura as condições de possibilidades históricas das ciências nas relações de produção, na infraestrutura material, situando-a como resultante superestrutural, um epifenômeno, um efeito ideológico. A genealogia considera o saber como materialidade, como peça nas estruturas de poder, que se articula com a esfera econômica.

Machado assinala que a genealogia tenta neutralizar o conceito da ciência como um conhecimento em que o sujeito vence as limitações de suas condições particulares de existência, instalando-se na neutralidade objetiva universal e revelando a verdade:

*Todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir das condições políticas que são as condições para que se*

*forme tanto o sujeito quanto os domínios do saber... Não há saber neutro. Todo saber é político... Não há relação de poder sem a constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constrói novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber.* (1981:199)

A partir do quadro de referências de outras investigações arqueológicas da articulação entre o saber e o poder, a própria metodologia de olhar e de pensar conceitos ganha características singulares. A curiosidade se transforma em vício: encontrar e guardar informações.

Esta composição particular da arqueologia com a genealogia permite que se estabeleçam articulações de forma e de sentido entre o saber, o discurso e o poder nas formações que se referem aos processos sociais de disciplina e de vigilância.

A elaboração do texto sobre o vírus, a doença, as normas e as palavras segue a estrutura descentrada, em que cada acontecimento preserva a sua singularidade e interage com os outros no interior da formação discursiva e se posiciona no contexto social.

A representação e a interpretação da epidemia de informações reproduz as diferenças no espaço da comunicação social, sem que se estabeleça uma redução hierárquica das falas. A distribuição dos atores não se refere a um protagonista. A riqueza, e talvez a originalidade, está na ampliação dos detalhes de uma epidemia em construção palavra por palavra. O vírus não tem lógica e, por enquanto, não tem cura.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense, 1987.

- . *Vigiar e punir: história das violências nas prisões*. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1984.
- . *As palavras e as coisas*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- . *O nascimento da clínica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1987.

–. *Microfísica do poder*. Trad. e org. de Roberto Machado. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

GRANATO, C. et al. *Pesquisa de marcadores sorológicos de AIDS e hepatite pelo vírus B em dois grupos selecionados de homossexuais masculinos*. São Paulo: Instituto Adolfo Lutz, 1987 (Projeto de pesquisa).

MACHADO, R. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

NIETZSCHE, F. *A genealogia da moral*. São Paulo: Brasiliense, 1988.



# O DIAGRAMA MÉDICO DE FOCAULT: A DISCIPLINA DOS CORPOS E A VIGILÂNCIA DAS POPULAÇÕES

---

Toda formação histórica compõe-se das relações de forças, forças que estão nos homens e entram em relação com outras forças de fora. Estas relações resultam em organizações sociais mais ou menos estáveis, equacionando as diferenças e as repetições em processos de saber e de discussão.

A formação histórica clássica, que antecede a modernidade, caracteriza-se por submeter às forças do homem às forças de Deus. O poder se exerce a partir da soberania delegada por Deus e o conhecimento se refere à força infinita e perfeita do Deus criador.

A modernidade situa o próprio homem como centro do processo social e do conhecimento que os acontecimentos produzem. O homem quer saber, esclarecer e iluminar o mundo em que vive, antes de tudo para se afirmar como o centro da formação histórica.

A sociedade moderna que se forma há dois séculos e que se estrutura em torno do exercício do poder disciplinar produz a todo o momento as normas da ordem, usando um conjunto de técnicas e de instituições que assumem a tarefa de medir, controlar e corrigir os anormais. Os mecanismos do poder são dispostos em torno do normal.

Foucault enuncia o esquadrinhamento disciplinar da sociedade:

*Esse espaço fechado, recortado, vigiado em todos os seus pontos, onde todos os indivíduos estão inseridos em um lugar fixo, onde*

*os menores movimentos são controlados, onde todos os acontecimentos são registrados, onde um trabalho ininterrupto de escrita liga o centro e a periferia, onde o poder é exercido sem divisão, segundo uma figura hierárquica contínua, onde cada indivíduo é constantemente localizado, examinado e distribuído entre os vivos, os doentes e os mortos. (1984:174)*

Este poder disciplinar nas sociedades modernas se desloca e nunca se fixa. O próprio Foucault descreve este poder que se dissemina sobre o tecido social, por entre os interstícios:

*O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado como uma riqueza ou um bem. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer a sua ação; nunca são alvos inertes ou consentidos do poder, são sempre centros de transmissão. Em outros termos, o poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles... O indivíduo é um efeito do poder e simultaneamente, ou pelo próprio fato de ser um efeito, é seu centro de transmissão. O poder passa através do indivíduo que ele constituiu. (1986:183)*

A história genealógica da sexualidade mostra a extensão das tecnologias disciplinares, com a entrada do conhecimento no terreno dos prazeres. Inventa-se a patologia orgânica, funcional ou mental, originária das práticas sexuais incompletas; classifica-se todas as formas de prazeres anexos; integra-os ao desenvolvimento e as perturbações do instinto. Enfim, o conhecimento racional empreende a gestão dos prazeres.

O comentário de Foucault explica que não se trata de um mecanismo de simples exclusão ou de rejeição, mas do funcionamento de uma rede sutil de prazeres, discursos, saberes e poderes:

*O importante é que o sexo não tenha sido somente objeto de sensação e prazer, de lei ou de interdição, mas também de verdade e falsidade, que a verdade do sexo tenha se tornado coisa essencial, útil ou perigosa, preciosa ou temida; em suma, que o sexo tenha sido constituído em objeto de verdade. (1985:56)*

Não se trata de um movimento obstinado em afastar o sexo selvagem para alguma região obscura e inacessível, mas, ao contrário, de processos que o disseminam na superfície das coisas e dos corpos, que o excitam, manifestam-no, fazem-no falar, implantam-no no real e lhe ordenam dizer a verdade: é todo um cintilar visível do sexual refletido na multiplicidade dos discursos, na força dos poderes e na conjugação do saber com o prazer. A sociedade torna-se prisioneira do “prazer” de saber, exibir e descobrir a verdade e discursar sobre o prazer.

Foucault aponta a sofisticação na estratégia de uso dos discursos no diagrama disciplinar:

*Os discursos, como os silêncios, nem são submetidos de uma vez por todas ao poder, nem opostos a ele. É preciso admitir um jogo complexo e instável em que o discurso pode ser, ao mesmo tempo, instrumento e efeito do poder, e também obstáculo, escorra, ponto de resistência e ponto de partida de uma estratégia oposta. O discurso veicula e produz poder; reforça-o, mas também o mina, expõe, debilita e permite barrá-lo. Da mesma forma o silêncio e o segredo dão guarda ao poder, fixam suas interdições, mas também afrouxam seus laços e dão margem a tolerâncias mais ou menos obscuras. (1985:96)*

A significação do dispositivo da sexualidade no contexto das sociedades disciplinares modernas recebe uma precisa descrição de Foucault:

*É que ele se encontra na articulação entre os dois eixos ao longo dos quais se desenvolveu toda a tecnologia política da vida. De um lado, faz parte das disciplinas do corpo: adestramento, intensificação, e distribuição das forças, ajustamento à economia das energias. De outro lado, o sexo pertence à regulação das populações, por todos os efeitos globais que induz. Insere-se, simultaneamente, nos dois registros: dá lugar as vigilâncias infinitesimais, a controles constantes, a ordenações espaciais de extrema meticulosidade, a exames médicos ou psicológicos infinitos, a todo um micropoder sobre o corpo; mas, também, dá margem a medidas maciças, a estimativas estatísticas, a inter-*

*venções que visam todo o corpo social ou grupos tomados globalmente. O sexo é o acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida da espécie.* (1985:136)

Os temas do nascimento, da vida e da morte são tratados pelas diferentes sociedades como grandes eixos organizadores das relações dos homens consigo mesmo, com os outros e com toda a sociedade. O exercício do poder sobre a vida encontra na morte o seu limite, o momento que lhe escapa. As disciplinas do corpo e as vigilâncias das populações constituem os dois pólos em torno das quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida.

As disciplinas do corpo humano são a anatomo-política. O corpo torna-se a máquina: seu adestramento, a ampliação de suas aptidões, a extorsão de suas forças, o crescimento de sua utilidade e docilidade, a sua integração ao sistema de controles eficazes.

Os controles reguladores da população são a biopolítica. Aparecem na segunda metade do séc. XVIII uma série de intervenções do poder: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar.

Foucault considera que o investimento sobre o corpo vivo, sua valorização e a gestão distributiva de suas forças foram indispensáveis para o exercício do poder nas sociedades modernas.

*Este biopoder foi o elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pode ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos.* (1985:132)

O nascimento da clínica médica moderna se inscreve neste processo de redução das forças divinas no mundo e de posicionamento do homem no centro da história. A morte demarca o limite do homem e opera quase que como condição para que o homem se situe como objeto do conhecimento, dentro da linguagem do saber verdadeiro.

A arqueologia de Foucault no terreno da clínica médica esclarece esta articulação entre a morte e a finitude do ser humano:

*Esta estrutura em que se articulam o espaço, a linguagem e a morte – o que se chama de método anatomo-clínico constitui a condição histórica de uma medicina que se dá e que percebemos como positiva... A doença se desprende da metafísica, do mal com quem, há séculos, estava aparentada, e encontra na visibilidade da morte a forma plena em que seu conteúdo aparece em termos positivos. Pensada com relação à natureza, a doença era o negativo interminável cujas causas, formas e manifestações só se ofereciam de viés sobre um fundo sempre recuado; percebida com relação a morte, a doença se torna exaustivamente legível, aberta sem resíduos à dissecação soberana da linguagem e do olhar. Foi quando a morte se integrou epistemologicamente à experiência médica que a doença pode se desprender da contranatureza e tomar corpo no corpo vivo dos indivíduos.* (1987:226)

O processo de formação da clínica em sua organização moderna passa por diferentes momentos das relações dos sentidos com o corpo, das articulações das percepções dentro do campo do conhecimento e do modo como a linguagem opera na construção de uma tecnologia de disciplina dos corpos.

A clínica do século XVIII é uma tecnologia do olhar que inscreve no cruzamento sistemático de várias séries de informações homogêneas, mas estranhas umas às outras – várias séries que envolvem um conjunto infinito de acontecimentos separados, mas cuja interligação faz surgir, em sua dependência isolável, o fato individual.

O olhar médico circula no interior do espaço em que se desdobra e se controla, distribuindo soberanamente para a experiência o saber que há muito tempo dela recebeu e de que se faz, ao mesmo tempo, o ponto de convergência e o centro de difusão.

Foucault declama belas palavras sobre esta medicina clínica:

*O olhar se realizará em sua verdade própria e terá acesso à verdade das coisas, se se coloca em silêncio sobre elas, se tudo se*

*cala em torno do que vê. O olhar clínico tem esta paradoxal propriedade de ouvir uma linguagem no momento em que se percebe um espetáculo. Na clínica o que se manifesta originariamente é o que fala.* (1987:122)

É também neste momento que a linguagem passa a demarcar de forma mais profunda o campo do conhecimento médico. A arte de descrever se torna a arte suprema da medicina. Descrever é seguir a ordenação das manifestações, mas é seguir também a seqüência inteligível de sua gênese; é ver e saber ao mesmo tempo, porque dizendo o que se vê o integrarmos espontaneamente ao saber. A linguagem domina as visibilidades.

Foucault fala da passagem exaustiva e sem resíduo da totalidade do visível para a estrutura de conjunto do enunciável, que elabora a análise significativa do percebido:

*É a descrição, ou melhor, o labor implícito da linguagem na descrição, que autoriza a transformação do sintoma em signo, a passagem do doente à doença, o acesso do individual ao conceitual. E é aí que se estabelece, pelas virtudes espontâneas da descrição, o vínculo entre o campo aleatório dos acontecimentos patológicos e o domínio pedagógico no qual este formula a ordem de sua verdade.* (1987:129)

O acesso do olhar médico ao interior do corpo doente não é a continuação de um movimento de aproximação que teria se desenvolvido, mais ou menos regularmente, a partir do olhar que começava a ser científico; é o resultado de uma reformulação em nível do próprio saber e não em nível dos conhecimentos acumulados, afinados, aprofundados, ajustados.

Foucault comenta estes desdobramentos da medicina clínica nos volumes do corpo humano:

*O melhor médico percorre então o caminho que até então não lhe tinha sido aberto: via vertical, que vai da superfície sintomática à superfície tissular, via em profundidade, que, do manifesto, penetra em direção do oculto, via que é preciso percorrer em ambos os sentidos e continuamente para definir a rede de*

*necessidades essenciais entre os dois termos. O olhar médico deve se deslocar na dimensão do volume anatomo-clínico.* (1987:155)

A introdução da morte produz o modo de articular a doença com a vida. A partir daí a doença toma o corpo em um espaço que coincide com o do organismo; ela segue suas linhas e as recorta; organiza-se segundo sua geometria geral; inclina-se também para sua singularidade. A doença pode ser, então, espacializada e individualizada.

Foucault cita o fundador Laennec, que discursa sobre a medicina clínica articulada com a anatomia patológica, sobre doença articulada com a morte no corpo humano:

*A anatomia patológica é uma ciência que tem por objetivo o conhecimento das alterações visíveis que o estado da doença produz nos órgãos do corpo humano. A abertura de cadáveres é o meio de adquirir este conhecimento, mas para que ela adquira uma utilidade direta é preciso acrescentar-lhe a observação dos sintomas e das alterações das funções, que coincidem com cada espécie de alterações de órgãos.* (1987:155)

Acontece assim a mutação dos signos clínicos. Se antes o signo clínico remetia à própria doença, o signo anatomo-clínico remete a lesão; e se algumas alterações dos tecidos são comuns a várias doenças, o signo que as tiver evidenciado nada poderá dizer sobre a natureza do distúrbio.

O signo não fala mais a linguagem natural da doença; só toma força e valor no interior das interrogações feitas pela investigação médica. Nada impede, portanto, que seja solicitado e quase fabricado por ela. Não é mais o que se enuncia espontaneamente da doença, mas o ponto de encontro entre os gestos de pesquisa e o corpo doente.

Foucault comenta esta flexão na linguagem médica:

*Não se trata mais, pelo estabelecimento de uma correspondência biunívoca, de promover o visível em legível e torná-lo significativo pela universalidade de uma linguagem codificada; mas, ao contrário, de dar às palavras um refinamento qualitativo sempre mais concreto, individual e modelado... Não se trata mais de correlacionar um setor perceptivo e um elemento se-*

*mântico, mas de dirigir a linguagem para a região em que o percebido corre o risco de escapar, em sua singularidade, à forma da palavra e tornar-se finalmente imperceptível, por não poder ser dito... Descobrir não será mais, finalmente, ler, sob uma desordem, uma coerência essencial, mas prolongar a linha de espuma da linguagem, fazê-la atingir a região de areia que ainda está aberta à clareza da percepção, mas não mais à palavra familiar. Introduzir a linguagem na penumbra em que o olhar não tem mais palavras... (1987:194)*

Outra relevante mudança na medicina clínica moderna acontece em torno do trabalho e da pesquisa de Brouaiss, que a partir do estudo das febres constrói a tese de que cada tecido tem seu próprio modo de alteração; e é portanto pela análise das formas particulares de alteração em nível das regiões do organismo que é preciso realizar o estudo do que se chama febres.

Brouaiss dissocia os pares, sintoma particular e lesão local, sintoma geral e alteração de conjunto, cruza seus elementos e mostra a alteração de conjunto sob o sintoma particular e a lesão específica sob o sintoma geral. A partir de então o espaço orgânico da localização é realmente independente do espaço de configuração da doença: este desliza sobre o primeiro, desloca seus valores em relação a ele, e só às custas de uma projeção invertida é que a ele remete.

Estas mutações, com a anatomia patológica de Bichat e a fisiopatologia de Brouaiss, na ordem do saber da medicina clínica moderna produz também alterações na ordem do discurso: a clínica passa de muda a um olhar loquaz. De uma tecnologia que apenas repousava os olhos silenciosos e fazia exercícios de taxonomia das doenças, a medicina clínica moderna se torna uma estrutura complexa que perfura os corpos em busca de mais e mais conhecimento e dominação.

A morte permite ver em um espaço articulado por uma linguagem especializada a profusão dos corpos e a sua ordem simples. Exatamente porque demarca claramente a dignidade do homem, a medicina clínica moderna ocupa um papel central na formação histórica antropocêntrica da modernidade. A

busca da organização da morte, e a partir dela a própria vida, demonstra o esforço do homem para ocupar o lugar de Deus.

Foucault sintetiza o lugar da medicina clínica moderna no espaço das ciências que objetivam o homem:

*É a medicina que oferece ao homem moderno a face obstinada e tranqüilizante de sua finitude; nela a morte é reafirmada, mas, ao mesmo tempo, conjurada; e se ela anuncia sem trégua ao homem o limite que ele traz em si, fala-lhe também deste mundo técnico, que é a forma armada, positiva e plena de sua finitude.* (1987:228)

Foucault também posiciona a medicina clínica moderna enquanto produção social:

*O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal, que antes de tudo investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica.* (1986:80)

A expansão do saber médico como estratégia de controle segue o processo mais amplo de fortalecimento dos dispositivos disciplinares como diagrama de poder. As novas formas de acumulação de capital, de relações de produção e dos estatutos de propriedade criam as condições de possibilidade para a elaboração de normas e mecanismos de vigilância.

O momento das disciplinas do corpo humano não visa unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que nesse mesmo processo o torne tanto mais obediente quanto mais útil. O corpo humano entra em uma maquinaria de poder que o esquadriinha, o desarticula e o decompõe, para fazer nele a manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos.

A disciplina define como se pode ter o domínio completo sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas também para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se

determina. A disciplina fabrica assim os corpos submissos, exercitados, corpos dóceis. A disciplina aumenta as forças do corpo em termos de utilidade econômica e diminui essas mesmas forças em termos políticos de obediência.

As disciplinas definem um certo modo de investimento detalhado do corpo, um diagrama de poder, e que desde o século XVIII não cessa de ganhar campos cada vez mais vastos, como se tendessem a cobrir o espaço social. A disciplina produz, a partir dos corpos que controla, quatro tipos de individualidades, ou, antes, uma individualidade dotada de quatro características: é celular (pelo jogo de repartição espacial), é orgânica (pela codificação das atividades), é genética (pela acumulação do tempo), é combinatória (pela composição de forças).

A disciplina usa quatro grandes técnicas: constrói quadros, prescreve manobras, impõe exercícios, e, para realizar a combinação das forças, organiza táticas. A tática, arte de construir, com os corpos localizados, atividades codificadas e as aptidões formadas, aparelhos em que o produto de diferentes forças se encontram majoradas por sua combinação calculada, é, sem dúvida, a forma mais elevada de prática disciplinar.

A disciplina faz funcionar um poder relacional que se auto-sustenta por seus próprios mecanismos e substitui o brilho das manifestações pelos jogos dos olhares calculados. O complemento necessário da disciplina são as normas com os seus procedimentos de vigilância e punição.

Foucault descreve esta expansão das tecnologias de olhar no quadro dos diagramas disciplinares das sociedades modernas:

*O exame combina as técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza. É um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados. É por isso que, em todos os dispositivos de disciplina, o exame é altamente ritualizado. Nele vêm-se reunir a cerimônia do poder e a forma de experiência, a demonstração da força e o estabelecimento da verdade. (1984:164)*

Acontece uma conexão vigorosa entre os espaços de exercício de disciplina e os espaços de formação do conhecimento: eles até se confundem. Por exemplo, o hospital bem disciplinado constituirá o local adequado da disciplina médica. Perde-se o caráter textual e encontram-se referências menos na tradição dos autores decisivos que em um campo de objetos prontamente oferecido ao exame.

A sociedade moderna sofre a mutação no seu modo de produzir e de organizar o conhecimento. O conhecimento existe a partir das relações de poder que criam as condições para que se formem tanto o sujeito como os domínios do saber. O conhecimento tem significação política e social porque tem a sua gênese nas relações de poder. Estas criam o campo do conhecimento, ao mesmo tempo em que, reciprocamente, o conhecimento produz relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é lugar de formação do conhecimento, assim como de sua organização e de sua comunicação.

Foucault assinala o processo circular que envolve a formação do poder e o exercício de poder:

*O hospital primeiro, depois a escola, mais tarde a oficina, não foram simplesmente postos em ordem pelas disciplinas; tornaram-se graças a eles aparelhos tais que quaisquer mecanismos de objetivação podem valer neles como instrumento de sujeição, e qualquer crescimento de poder dá neles lugar a conhecimentos possíveis: foi a partir desse laço, próprio dos sistemas tecnológicos que se puderam formar no elemento disciplinar a medicina clínica, a psiquiatria, a psicologia da criança, a psicopedagogia, a racionalização do trabalho... (1984:196)*

A partir do século XIX há uma composição dos diagramas de poder, de exclusão e de individuação, e aparecem os recortes finos da disciplina sobre o espaço confuso da exclusão. A disciplina se infiltrou nos outros modos de exercício do poder, servindo-lhes de intermediária, ligando-as entre si, prolongando-as, e, principalmente, permitindo conduzir os efeitos do poder até os elementos mais tênues e mais longínquos. Ela assegura uma distribuição infinitesimal das relações de poder.

A sociedade moderna corresponde à sociedade do normal e da vigilância: sob a superfície das imagens, investem-se os corpos em profundidade; atrás da grande abstração da troca, processa-se o treinamento minucioso e concreto das forças úteis; os circuitos de comunicação são os suportes de uma acumulação e centralização de saber; o jogo dos sinais define os pontos de apoio do poder; a totalidade do indivíduo não é amputada, reprimida, alterada pela ordem social, mas o indivíduo é cuidadosamente fabricado, segundo uma tática de forças e dos corpos.

O panóptico de Bentham é a figura arquitetônica da composição de forças modernas. O princípio é claro: na periferia uma construção em anel, no centro uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo às janelas da torre; outra que dá para o exterior permitindo que a luz atraesse a cela de lado a lado. Basta então colocar um vigia na torre central, e em cada cela trancar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar.

O dispositivo panóptico organiza unidades espaciais que permitem ver sem parar e reconhecer imediatamente. Cada um, em seu lugar, está bem trancado em sua cela de onde é visto de frente pelo vigia, mas não vê; objeto de uma informação, nunca sujeito de uma comunicação.

Foucault destaca o efeito mais importante do dispositivo panóptico como diagrama de poder disciplinar:

*Induzir no detento um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder. Fazer com que a vigilância seja permanente em seus efeitos, mesmo se é descontínua em sua ação; que a perfeição do poder tende a tornar inútil a atualidade de seu exercício que esse aparelho arquitetural seja uma máquina de criar e sustentar uma relação de poder independente daquele que o exerce; enfim, que os detentos se encontrem presos numa situação de poder de que eles mesmos são portadores. (1984:177)*

Bentham criou o princípio de que o poder devia ser visível e inverificável. Visível: sem cessar o detento terá diante dos olhos a alta silhueta da torre central de onde é espionado. Inverificável: o detento nunca deve saber se está sendo observado, mas deve ter a certeza de que sempre pode sê-lo.

O panóptico modifica a eficácia do poder e sua força de controle, que passaram, de algum modo, para o outro lado – para o lado da superfície de aplicação. Aquele que está submetido a um campo de visibilidade, e sabe disso, retoma por sua conta as limitações do poder; fá-las funcionar expontaneamente sobre si mesmo; inscreve em si a relação de poder no qual ele desempenha simultaneamente os dois papéis; torna-se o princípio e sua própria sujeição. O poder externo pode-se aliviar de seus fardos físicos e tende ao incorpóreo; e quanto mais se aproxima desse limite, mais esses efeitos são constantes, profundos, adquiridos em caráter definitivo e continuamente recomendados: vitória perpétua que evita o defrontamento físico e está sempre decidida por antecipação.

O panóptico de Bentham é a figura da tecnologia do poder com múltiplos usos: é o tipo de implantação dos corpos no espaço, de distribuição dos indivíduos em relação mútua, de organização hierárquica, de disposição de centros e de canais de poder, de definição de seus instrumentos e dos modos de intervenção, que se podem utilizar nos hospitais, nas oficinas, nas escolas e nas prisões. Cada vez que se trata de uma multiplicidade de indivíduos a que se deve impor uma tarefa ou um comportamento, o diagrama do panóptico pode ser usado.

Foucault estabelece a relação de sentido entre a decolagem econômica do Ocidente capitalista e as tecnologias do poder de sujeição:

*Na verdade os dois processos, acumulação de homens e acumulação de capitais não podem ser separados; não teria sido possível resolver o problema de acumulação de homens sem o crescimento de um aparelho de produção capaz ao mesmo tempo de mantê-los e de utilizá-los; inversamente, as técnicas que tornam útil a multiplicidade cumulativa de homens aceleram o*

*movimento de acumulação de capital. Em um nível menos geral, as mutações tecnológicas do aparelho de produção, a divisão do trabalho, e a elaboração das maneiras de proceder disciplinares mantiveram um conjunto de relações muito próximas.* (1984:194)

Operando como fatores de segregação e de hierarquização social, agindo sobre as forças respectivas tanto de uns como de outros, garantindo relações de dominação e efeitos de hegemonia, as disciplinas possibilitaram o ajustamento da acumulação dos homens à do capital, a articulação do crescimento dos grupos humanos à expansão das forças produtivas e a repartição diferencial das riquezas.

Na Inglaterra do século XVIII a expansão da indústria fez com que a produção econômica passasse a ser encarada como assunto de importância central na atividade social e com que o trabalho fosse considerado como um dos mais importantes fatores de produção, elemento essencial para o enriquecimento nacional. Obviamente, qualquer diminuição da produtividade do trabalho causada por doença ou por morte era um problema significativo.

Na segunda metade do século XVIII a Revolução Industrial na Inglaterra produziu alterações na vida econômica do país, perturbando a estrutura social e originando mutações na percepção da vida social. Eram dois aspectos dominantes: insistência na ordem, eficiência e disciplina; preocupação com as condições materiais da vida dos seres humanos.

Rosen comenta o papel da medicina social na estrutura da Inglaterra durante o processo de industrialização:

*Apesar das tentativas práticas de melhoria, o problema dos trabalhadores pobres como uma questão fundamental tanto econômica quanto social continuou sem solução. Por volta do final do século XVIII a pobreza e as dificuldades sociais, aumentadas pelas mudanças na agricultura e na indústria, eram mais comuns do que nunca.* (1980:227)

A Inglaterra elizabeteana tentara enfrentar a pobreza com a Lei dos Pobres, dando a cada comunidade a tarefa de

auxiliar os seus miseráveis e indigentes. Acreditava-se que isto seria possível no quadro da meta do pleno emprego, com a proletarização dos pobres. Esta abordagem estava de acordo com o desejo moderno de estimular a prosperidade com o aumento da força de trabalho usada na indústria.

Entretanto, havia uma posição de que ela deveria ser substituída, sem que existisse concordância a respeito do que colocar no seu lugar. O Parlamento nomeia uma Comissão Real para apreciar e mudar a Lei dos Pobres, tendo entre os seus membros Sir Chadwick.

A partir do relatório da Comissão Real faz-se o Ato de Emenda à Lei dos Pobres, tornada lei em 14 de agosto de 1834. Rosen descreve as mudanças:

*Os princípios que previam atendimento eram bastante restritivos. Pessoas capazes e suas famílias não deviam receber assistência, a não ser em uma casa de trabalho bem regulada. Além disso, o grupo de pobres capazes devia ser “menos beneficiado”, ou, em outras palavras, mais miserável que o trabalhador em pior colocação fora do mercado de trabalho. Quanto a parte relativa à administração, o traço marcante era o empenho em assegurar centralização, uniformidade e eficiência. (1980:231)*

Esta transformação não surgiu simplesmente do aumento do sentimento humanitário ou de consciência social. A regulamentação legal sobre a saúde e saneamento resultou de uma variedade de forças existentes na ordem econômica e social. Resultou menos de uma preocupação com o bem-estar dos pobres do que da compreensão cada vez maior de que a doença epidêmica causada por esgotos deficientes e comida infectada era um problema de toda a comunidade. Além disso, era crescente a consciência de que seu custo era um tipo de desperdício social que poderia ser eliminado.

Foucault considera que a Lei dos Pobres e seu Ato de Emenda são um marco na genealogia da medicina social moderna:

*A ideia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer as suas necessidades de saúde, sua pobreza não per-*

*mitindo que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas. Um cordão sanitário autoritário é estendido no interior das cidades entre ricos e pobres: os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grande despesa e os ricos garantindo não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários da classe pobre.* (1986:95)

De certo modo a Lei dos Pobres e seu Ato de Emenda são a adaptação para a Inglaterra do conceito de “polícia médica” aparecido na Alemanha no século XVIII. O conceito de “polícia médica” se refere às teorias, práticas e políticas originadas na base da formação social do Estado alemão para agir na esfera da disciplina e da vigilância médica.

O desenvolvimento do conceito de “polícia médica” representou uma tentativa de análise sistemática dos problemas de saúde da sociedade. No pensamento político e econômico do século XVIII é marcante a admiração pelas virtudes de uma população crescente, e intenso o interesse em aumentar o número de habitantes de um país.

Roben comenta o conceito de “polícia médica”, tal qual fora elaborado por Thomas Rau na Alemanha em 1764:

*O Estado deve cuidar da saúde do povo. A profissão médica é obrigada não só a tratar os doentes, mas também a supervisionar a saúde da população... Para se dispor de um pessoal médico competente é necessário decretar um regulamento de polícia médica que regulará a educação médica, supervisionará boticas e hospitais, prevenirá epidemias, combaterá o charlatanismo e possibilitará o esclarecimento da população...* (1980:185)

No contexto desta organização social da medicina clínica moderna do século XVIII as epidemias tiveram uma significação peculiar, descrita com detalhes por Foucault:

*A epidemia é mais do que uma forma particular de doença; é, no começo do século XVIII, um modo autônomo, coerente e suficiente de ver a doença: dá-se o nome de doenças epidêmicas a todas aquelas que atacam ao mesmo tempo, e com característi-*

*cas imutáveis, grande número de pessoas. Não há, portanto, diferenças de natureza ou de espécie entre uma doença individual ou um fenômeno epidêmico; basta que uma afecção esporádica se reproduza algumas vezes e simultaneamente para que haja epidemia. Problema puramente aritmético do limiar: o esporádico é apenas uma epidemia infraliminar.* (1987:24)

Nesta perspectiva, o problema do contágio tem relativamente pouca importância. A transmissão de um indivíduo a outro não é, em caso algum, a essência da epidemia; ela pode, em forma de miasma ou de fermento, que se comunicam através da água, do vento, do ar confinado, dos alimentos e do contato, constituir uma das modalidades da epidemia. Mas o contágio é apenas uma modalidade do fato da epidemia.

O olhar médico sobre as epidemias apresenta as suas próprias singularidades e sofisticções, apontadas por Foucault na sua arqueologia da clínica:

*Contagiosa ou não, a epidemia tem uma espécie de individualidade histórica. Daí a necessidade de usar com ela um método complexo de observação. Fenômeno coletivo, é preciso descrevê-la no que tem de singular, acidental e imprevisto. Deve-se transcrever o acontecimento detalhadamente, mas também segundo a coerência que implica a percepção realizada por muitos: conhecimento impreciso, mal fundado na medida em que é parcial, incapaz de ascender sozinho ao essencial ou ao fundamental, só encontra seu volume próprio no cruzamento das perspectivas, em uma informação repetida e retificada, que finalmente envolve, no lugar em que cruzam, o núcleo individual e único destes fenômenos coletivos.* (1987:27)

A medicina das epidemias só pode existir se articulada com as tecnologias do poder. Os modelos médicos e sanitários de prevenção e de controle das epidemias são expressivos dos modos de exercício do poder nas formações históricas clássica e moderna. Também a medicina das epidemias sofre a flexão que desloca a força infinita de Deus para a finitude do homem em sociedade.

Na formação histórica clássica, quando ocorriam casos de lepra estes eram, logo que descobertos, expulsos do espaço público comum postos para fora dos muros das cidades, exilados em um lugar confuso onde iam misturar sua lepra a lepra dos outros. O mecanismo era de exclusão, através do exílio e da purificação do espaço social.

A doença sendo castigo divino, medicalizar alguém era mandá-lo para fora do espaço comum e, por conseguinte, purificar os outros. A distinção entre o perigo e a pureza era vinculada à esfera da relação das forças sociais com as forças de Deus. A medicina operava com a exclusão dos leprosos.

Na formação histórica moderna o modelo médico-sanitário se organiza em torno da peste das aglomerações urbanas nascentes. Foucault descreve esta modalidade de exercício do poder:

*Neste caso a medicina não exclui, não expulsa para uma região negra e confusa. O poder político da medicina consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou morto e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrinhado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos... É a revista militar e não a purificação religiosa que serve, fundamentalmente, de modelo longínquo para esta organização político-médica. (1986:88)*

A ordem do discurso e do saber médico responde a peste: eles têm como função desfazer as confusões. Eles estabelecem a ortopedia social contra as misturas ameaçadoras: a doença que se transmite quando os corpos se misturam; a do mal que se multiplica quando o medo e a morte desfazem as proibições. Eles prescrevem a cada um seu lugar, a cada um seu corpo, a cada um sua doença e sua morte, e a cada um seu bem, por meio de um poder onipresente e onisciente que se subdivide ele mesmo de maneira a regular até a determinação final do indivíduo, do que o caracteriza, do que lhe pertence, do que lhe acontece. Contra a peste que é mistura, a disciplina faz valer o seu poder de fixação individualizante.

A peste das formações urbanas nascentes produz a própria utopia da cidade perfeitamente governada: atravessada pela hierarquia, pela vigilância, pelo olhar, pela documentação, imobilizada no funcionamento de um poder excessivo que age de maneira diversa sobre todos os corpos individuais. O medo cria as condições do possível governo racional das populações.

Do mesmo modo que outros dispositivos de exercício do poder compõem diferentes diagramas, conjugando exclusão e individualização, também a medicina das epidemias segue este caminho. Foucault fala desta vigilância que se articula com a disciplina:

*Graças a ela forma-se um sistema integrado, ligado do interior à economia e aos fins de dispositivo onde é exercido. Organiza-se assim um poder múltiplo automático e anônimo; pois, se é verdade que a vigilância repousa sobre os indivíduos, seu funcionamento é uma rede de relações de alto a baixo, mas também até certo ponto de baixo para cima e lateralmente; essa rede sustenta o conjunto, e o perpassa de efeitos de poder que se apoiam uns sobre os outros: fiscais perpetuamente fiscalizados. O poder da vigilância hierarquizada das disciplinas não se detém como uma coisa, não se transfere como uma propriedade; funciona como uma máquina. (1984:158)*

No início do século XX consolida-se o modelo médico que conjuga exclusão e individualização na vigilância disciplinar. A descoberta dos agentes causais e dos modos de transmissão das doenças epidêmicas faz do médico moderno uma peça fundamental nas estratégias do poder, que articula funções religiosas e militares.

Nesta época a grande preocupação se alicerça na prevenção das epidemias que possam interferir nas relações comerciais que intensificam o seu processo de internacionalização. Começa a tornar-se necessário estabelecer mecanismos regulares para a vigilância disciplinar das populações, especialmente àquelas parcelas envolvidas na produção e na comercialização de riquezas.

Em 1955 o Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos da América (CDC) elabora a proposição de uma organização permanente de vigilância epidemiológica, que incorpora a teoria geral de sistemas aos dispositivos de controle social. A base desta vigilância disciplinar sistêmica passa a ser a coleta e o registro permanente de informações referentes às doenças epidêmicas transmissíveis, que são processadas e arquivadas pelos centros de controle hierarquicamente distribuídos.

Este sistema de controle dos corpos e das populações tem duas características importantes. A primeira delas é a separação entre o olhar da vigilância, com a coleta, o registro e o processamento da informação; e o controle das doenças, o braço armado que faz a ação. A segunda característica é que a informação produzida a partir da notificação de casos das doenças não retorna à sociedade como tal, mas apenas como ação do sistema de vigilância disciplinar.

Em 1965 a Organização Mundial de Saúde estabelece o Serviço de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis em Genebra. Este serviço se define como o estudo das doenças, como processo dinâmico, no qual intervem a ecologia do agente infeccioso, do hospedeiro e dos reservatórios e vetores em complexos mecanismos que influem na propagação da infecção e determinação do grau desta propagação.

A Organização Mundial de Saúde define o serviço de vigilância epidemiológica da divisão de doenças transmissíveis com as seguintes tarefas: 1) coleta sistemática de dados pertinentes; 2) consolidação, avaliação e interpretação dos dados; 3) recomendação das medidas adequadas a tomar; 4) distribuição de informações e recomendações aos centros de controle, em especial aos que devem decidir e agir.

Em 1969, a XXII Assembléia Mundial de Saúde aprova o Regulamento Sanitário Internacional que define uma estratégia de vigilância disciplinar mundial, e que reintroduz ações como a quarentena e a eliminação de focos. Quatro doenças são consideradas relevantes para a notificação compulsória internacional dos casos: peste, cólera, febre amarela e varíola.

No início da década de 1970 a Organização Pan-Americana de Saúde aprova o Plano Decenal para as Américas, que propõe que todos os países do Continente adotem o modelo do sistema de vigilância epidemiológica do Centro de Controle de Doenças norte-americano. A principal meta fixada quer o conhecimento permanente das características epidemiológicas das populações e os fatores que as condicionam, para poder agir oportunamente.

No Brasil a Lei Federal nº 6.229, de 17 de julho de 1975, dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, fixando entre as competências do Ministério da Saúde a elaboração de planos e programas de combate às doenças transmissíveis e a coordenação do serviço de vigilância epidemiológica em todo o território nacional.

A Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o programa nacional de imunizações e sobre a notificação compulsória de doenças. A Lei Federal define o Serviço de Vigilância Epidemiológica:

*Coleta de informações, investigações e levantamentos necessários a programação e a avaliação de medidas de controle das doenças e de situações de agravos à saúde.*

O rigor do dispositivo de controle social pode ser expresso no art. 8º da Lei Federal:

*É dever de todo cidadão comunicar a autoridade sanitária a ocorrência de fato comprovado ou presumível de caso de doença transmissível, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e privados de saúde e de ensino.*

O poder dos centros de controle sobre as populações observadas é determinado pelos arts. 11º e 12º da Lei Federal:

*A autoridade poderá exigir e executar investigações, inquéritos e levantamentos epidemiológicos junto a indivíduos e a grupos*

*populacionais determinados, sempre que julgar oportuno, visando à proteção da saúde pública... A autoridade sanitária fica obrigada a adotar prontamente as medidas indicadas para o controle da doença, no que concerne a indivíduos, grupos populacionais e ambiente.*

O Decreto Federal nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, regulamenta a Lei Federal nº 6.259, e cria o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica sob a coordenação do Ministério da Saúde. As ações básicas preconizadas para este sistema são:

*A coleta de informações necessárias ao controle de doenças, o diagnóstico de doenças que estejam sob o regime de notificação compulsória e a determinação da população sob risco; proposição e execução de medidas de controle pertinentes e adoção de mecanismos de comunicação e coordenação do sistema.*

O art. 8º deste Decreto Federal define as funções da Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde:

*Elaborar a relação de doenças de notificação compulsória em todo o país; estabelecer normas sobre a organização, procedimentos e funcionamento do sistema; supervisionar, controlar e avaliar a execução de ações; centralizar, analisar e divulgar as informações decorrentes das ações; prestar apoio técnico e financeiro.*

Deste modo define-se como competência do Ministério da Saúde a fixação do elenco de doenças de notificação compulsória em todo o país, e, consequentemente, dos grupos e populações a serem vigiados pelo olhar médico disciplinar. Estabelece-se a rede de poder que articula o saber e o discurso médico no controle das doenças e da sociedade.

A Portaria nº 314 do Ministério da Saúde, de 27 de agosto de 1976, fixa o elenco das doenças de notificação compulsória em todo o território nacional: peste, cólera, febre amarela, varióola, hanseníase, tuberculose, poliomielite, tétano, doença meningocócica e meningites, raiva humana, febre tifóide, sarampo hospitalar, leishmaniose visceral, leishmaniose cutâneo-mucosa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Trad. e org. de Roberto Machado. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

–. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1984.

–. *A História da sexualidade: a vontade do saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

–. *O Nascimento da clínica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1987.

ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. *Lei Federal nº 6.259*, de 30 de outubro de 1975, dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o programa nacional de imunizações e sobre a notificação compulsória de doenças.

–. *Decreto Federal nº 78.231*, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei Federal nº 6.259 e cria o sistema nacional de vigilância epidemiológica.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 314*, de 27 de agosto de 1976, que fixa o elenco das doenças de notificação compulsória em todo o território nacional.



## A EPIDEMIA DE INFORMAÇÕES NA SOCIEDADE PÓS-MODERNA

---

A formação histórica moderna organiza o mundo da vida a partir dos processos de urbanização dos modos de existência, de industrialização da produção de riquezas e da proletarização da força de trabalho dos cidadãos. A modernidade ergue seus vínculos e suas utopias na representação da memória e da projeção das ficções da história.

O uso da razão dirige a sociedade que situa o esclarecimento como instrumento seguro e promissor do verdadeiro controle da natureza e da sociedade. As relações dos homens com as coisas, consigo e com os outros se inscreve no processo de aprisionamento dos acontecimentos no espaço das construções metafísicas.

Apesar dos otimismos com os usos da razão, no sentido de esclarecimento e de emancipação do homem da escravidão da vida nas cavernas sem luz, a expansão das produções racionais e das linguagens autorizadas pelo espaço social não tiveram apenas o efeito de maior domínio da natureza pelo homem, mas também um maior domínio do homem pelo homem. Na sociedade moderna a racionalidade estratégica da contabilidade do capital e a separação do trabalho organizado de todos os critérios do trabalho doméstico imediato e do valor de uso, do ritmo da fome e da satisfação são as principais forças subjacentes à racionalização formal.

A estrutura da sociedade moderna molda-se através do trabalho abstrato, por um tipo de trabalho remunerado, regi-

do pelo mercado, aproveitado de forma capitalista e organizada empresarialmente. Este trabalho abstrato desenvolveu uma força tão percutiente que penetrou todos os domínios do mundo da vida natural e social.

Marx concentra o seu pensamento na divisão social do trabalho: manual e intelectual. Há, então, dualidade entre o que gera e o que é gerido; entre o que planeja, organiza, comanda e controla, e o que executa, sendo, portanto, planejado, organizado, comandado e controlado. A heterogestão rompe a unidade do trabalho humano e separa claramente o gerente do gerido. A lógica da organização burocrática moderna implica em concentração do saber na administração e a concentração da ignorância na produção.

A heterogestão não é senão o sistema de vínculo e de organização social que explicita de forma clara a relação dominante e dominado que permeia a estrutura organizacional e social. A organização heterônoma não responde apenas às expectativas de produção de bens materiais ou simbólicos; ela responde também a naturalização e a consolidação das relações de poder dominantes em uma dada estrutura social.

Motta estabelece a conexão entre a organização social e as formações do exercício de poder:

*Não há organização empresarial, pública, partidária, militar, e eclesiástica que não precise organizar uma estrutura de sentido para atingir suas finalidades, da mesma forma que não há organização que não produza ou reproduza poder..., são os fins da organização, que são sempre culturais, que presidem todo o aparato legitimador da divisão social e técnica do trabalho, que se produz em seu interior.* (1981:28)

A heterogestão opera a organização social com um rigoroso controle dos processos de comunicação enunciado por Motta:

*Só temos o direito de nos comunicar sobre os problemas de nossa esfera de competência e em nada que coloque em questão a divisão de trabalho vigente... Esta palavra fragmentária é também a palavra coisificada, que precisa ser traduzida em memorandos, atas, relatórios ou regulamentos, de modo que cada um*

*possa modular o seu discurso, mas não renegar o já dito. Esse discurso estabilizado é indispensável para que cada um saiba exatamente a posição do outro, agindo de acordo com esse dado. A coisificação da palavra cria a rigidez e repetição.* (1981:37)

Weber estuda o fenômeno de colonização do mundo da vida pela razão em sua forma metódica e científica, isto é, vinculada ao estatuto da verdade. Weber analisa o modo pelo qual a sociedade aparentemente amorfa se transformou em espaço dotado de racionalidade e de sentido. Esta racionalidade articula o sentido da ação social, onde a dominação de uns por outros aparece como se aqueles tivessem adotado como seus o conteúdo da vontade manifesta do dominante.

A dominação é uma forma de poder, mas não é idêntica ao poder. A dominação expressa-se como organização e se manifesta sob a forma de governo. Weber distingue três modos básicos de dominação: a carismática, a tradicional e a burocrática. A dominação burocrática busca a sua legitimação no primado da regra racional estabelecida pela própria burocracia. O legislador define a verdade, o que resulta em formalismo como um aspecto fundamental.

A burocratização de todas as esferas do mundo da vida social significa o ordenamento de um certo tipo de dominação e de sua subjetividade correspondente. As organizações sociais burocráticas não participam da reprodução pura e simples de uma formação histórica, mas de sua reprodução sempre transformada.

A burocratização se caracteriza, entre outras coisas, pelo fato de terem se formado culturas de especialistas, que elaboraram a tradição cultural em uma atitude reflexiva e, ao fazerm isto, isolam uns dos outros os elementos estritamente cognitivos, estético-expressivos e moral-práticos. Eles especializaram-se, respectivamente, em questões de verdade, de gosto e de justiça. Esta diferenciação das esferas de valor – da produção científica, da arte e da crítica, do direito e da moral – separam no plano cultural os elementos que formam no interior do mundo da vida social uma síndrome difícil de dissolver.

O mundo da vida social oferece em cada caso uma provisão de obviedades culturais de onde os participantes dos

processos de comunicação tiram seus esforços de interpretação dos modelos de exegese consentidos. Também as solidariedades dos grupos integrados por intermédio de valores e das competências dos indivíduos socializados servem, de maneira diferente das tradições culturais, como recursos para o agir orientado para o entendimento mútuo.

O mundo constitui, pois, o contexto de situação; ao mesmo tempo, ele fornece os recursos para os processos de interpretação com os quais os participantes da comunicação procuram suprir a carência de entendimento mútuo que surge em cada situação de ação social. Porém, se os agentes da comunicação querem executar os seus planos de ação em acordo, com base em uma definição em comum, eles têm que se entender acerca de algo neste mundo.

A sociedade organizada em sua forma burocrática opera com a discriminação do conhecimento e da informação. A hierarquização a partir de valores funcionais adequados ao poder do capital e das forças dominantes demarcam as desigualdades de forma sutil, mas nem por isso menos eficaz do que aquelas advindas das relações de propriedade dos meios de produção de riquezas.

O conceito de competência tem a função precisa de marcar a desigualdade em uma esfera que não é mais aquela tradicional das capacidades e talentos, mas em uma outra, produzida pela sociedade burocratizada: a desigualdade entre os detentores do saber e os despossuídos. A competência acrescenta a regra de interdição que pesa sobre a regra de exclusão. A estas duas regras, uma terceira vem acrescentar-se: o monopólio da informação e, consequentemente, do saber e da sua manipulação.

Chauí fala de forma clara sobre o lugar da informação na organização social:

*Seja qual for o estatuto econômico, a posição dentro de um sistema global de dependências sociais, um indivíduo participa da vida social em proporção ao volume e à qualidade das informações que possui, mas, especialmente, em função de sua possibilidade de acesso às fontes de informação, de suas possibilidades*

*de aproveitá-las e, sobretudo, de sua possibilidade de intervir como produtor de saber. (1980:94)*

Chauí comenta as suas reflexões a partir do conceito de competência na esfera dos discursos nas sociedades burocratizadas:

*Sabemos que é o discurso do especialista, proferido de um ponto determinado da hierarquia organizacional. Sabemos também que haverão tantos discursos competentes quantos lugares hierárquicos autorizados a falar e a transmitir ordens aos degraus inferiores e aos demais pontos da hierarquia que lhe forem paritários. Sabemos também que é um discurso que não se inspira em idéias e valores, mas na suposta realidade dos fatos e na suposta eficácia dos meios de ação. Enfim, sabemos também que se trata de um discurso instituído ou da ciência institucionalizada e não de um saber instituinte e inaugural e que, como conhecimento instituído, tem o papel de dissimular sob a capa da científicidade a existência real da dominação. (1980:11)*

O discurso competente é o discurso instituído. É aquele no qual a linguagem sofre uma restrição que pode ser assim resumida: não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância. O discurso competente confunde-se, pois, com a linguagem permitida ou autorizada, isto é, com um discurso no qual os interlocutores já foram previamente reconhecidos como tendo o direito de falar e de ouvir, no qual os lugares e as circunstâncias já foram predeterminados para que seja permitido falar e ouvir, e, enfim, no qual o conteúdo e a forma já foram autorizados segundo os cânones da esfera de sua própria competência.

Este discurso competente não exige uma submissão qualquer, mas algo profundo e sinistro: exige a interiorização de suas regras, pois aquele que não as interiorizar corre o risco de ver a si mesmo como incompetente, anormal, a-social, como destrito e lixo. Enfim, como não funcional e marginal.

No mundo burocratizado e organizado pelo conhecimento o homem passa a relacionar-se com a vida, como o

corpo, com a natureza e com os demais seres humanos através de mil pequenos modelos científicos nos quais a dimensão propriamente humana da experiência desapareceu. Em seu lugar surgem milhares de artifícios mediadores e promotores de conhecimento que constrangem a todos a se submeterem à linguagem do especialista que detém os segredos da realidade vivida e que permite ao não especialista a ilusão de participar do saber.

A racionalidade moderna deve ser vista como a superioridade de uma forma específica do conhecimento, que funciona como estrutura de explicação e ordenamento das coisas e do mundo, e como princípio regulador das relações dentre os homens. Esta racionalidade corresponde a formação de uma sociedade onde o modo de conhecimento e de informação determina os vínculos e a organização social.

Contudo, as formações históricas contemporâneas na Europa ocidental e do leste, com as suas velozes mutações políticas e sociais, e no Terceiro Mundo, onde se cristaliza a pobreza em diversos sentidos, atestam a desorganização do capitalismo e da sociedade industrial.

Se por um lado uma parcela crescente da população participa do trabalho assalariado dependente, por outro há um certo declínio no grau em que o trabalho assalariado participa da vida dos indivíduos, envolvendo-os e ajustando-os ao modo de produção dominante. Até mesmo a massa de desempregados e de excluídos do processo formal de trabalho do Terceiro Mundo se encaixa no contexto de esgotamento do capitalismo e da sociedade industrial.

Offe radicaliza a tese do enfraquecimento da categoria trabalho na sociedade contemporânea:

*É possível encontrar amplas evidências para a conclusão de que o trabalho e a posição dos trabalhadores no processo de produção não são tratados como o princípio básico para a organização das estruturas sociais; que a dinâmica do desenvolvimento social não é concebida como emergente dos conflitos a respeito de quem controla a empresa industrial; e que a otimização das relações entre meios e fins técnico-organizacionais ou econômi-*

*cos através da racionalidade capitalista industrial não é compreendida como a forma de racionalidade precursora de mais desenvolvimento social. (1989:171)*

A fábrica deixa de ser o centro das relações de dominação e o lugar mais importante dos conflitos sociais. O fato de que uma pessoa trabalha no sentido formal de ser empregada tem cada vez menos importância para o conteúdo da atividade social, para a percepção de interesses, estilo de vida, e suas formações subjetivas.

O crescimento contínuo e estável da produção de trabalho social empregado na produção de serviços indica que os problemas de escassez e de eficiência, que determinam a racionalidade da produção de riquezas industrializadas, são acrescidos de problemas de normalidade e de vigilância, que não podem ser tratados adequadamente por meio da supremacia técnica e econômica sobre a escassez, mas requerem uma racionalidade própria para o trabalho em serviços.

Offe aponta a direção da investigação sociológica para além da categoria trabalho nas estruturas das formações históricas contemporâneas:

*Se a consciência social não deve mais ser reconstruída como consciência de classe, se a cultura cognitiva não está mais relacionada fundamentalmente ao desenvolvimento das forças produtivas, se o sistema político deixou de se preocupar basicamente em garantir as relações de produção e em administrar os conflitos de distribuição e, finalmente, se os problemas centrais colocados por essa sociedade não podem mais ser respondidos em termos de categorias de escassez e produção, há então nitidamente necessidade de um sistema conceitual que ajude a planejar detalhadamente as áreas da realidade social não inteiramente determinadas pelas esferas do trabalho e da produção.* (1989:194)

Neste contexto de esgotamento da sociedade do trabalho e de suas utopias, o homem se entrega a tarefa de pensar a complexidade da sociedade contemporânea. Por um lado, os conservadores discutem as faces dos motores da moderni-

dade, e, por outro, os dissidentes críticos recusam a racionalização burocrática da sociedade.

O neoconservadorismo e a social-democracia partilham a categoria trabalho como chave da formação histórica e como energia utópica. Os neoconservadores criticam os grilhões do Estado sobre a produção e a iniciativa privada, propondo a retransferência ao mercado dos problemas do governo das populações. Os sociais-democratas criticam a dinâmica desorganizadora da economia de mercado, propondo a domesticação social do capitalismo.

Os dissidentes da sociedade moderna constroem estratégias e táticas para a ação coletiva e a solidariedade, ou apenas operam a deconstrução da organização social racionalizada. Os conflitos se generalizam em nível mundial e se focalizam em situações específicas. Finalmente, a ação coletiva e a solidariedade, de produção do trabalho abstrato, transformam-se em tema a ser discutido em contextos intersubjetivos orientados para o entendimento.

A diversidade das teorias da sociedade colocam em questão a própria noção metodológica de retotalização dos vínculos e da organização social. Existe, entretanto, uma convergência nas representações e nas interpretações das sociedades contemporâneas que posicionam o conhecimento e a informação como estruturas fortes que demarcam este mundo da vida social articulado pelos processos de comunicação.

Lyotard designa esta sociedade de pós-moderna. A modernidade era a época das grandes narrativas, que definiam, ao mesmo tempo, os critérios de saber dizer, saber escutar e saber fazer. Era o modo como se jogavam as relações dos seres humanos consigo mesmo e com o meio ambiente. O que se transmitia eram as regras pragmáticas que constituíam os vínculos sociais.

A pós-modernidade representa a incredulidade em relação às grandes narrativas da modernidade. O problema essencial da pós-modernidade é o da legitimação. A legitimação é o processo pelo qual o legislador se encontra autorizado a promulgar a lei como uma norma social. Desde Platão a legitimação do conhecimento se encontra indissociavelmente

conexa com a legitimação do legislador. O direito de decidir o que é verdadeiro não é independente do direito de decidir o que é justo. Ambos procedem de uma mesma perspectiva.

Na sociedade pós-moderna falar é combater, no sentido de jogar. A formação histórica compõe-se na agonística geral revelada nos atos de fala. Lyotard retoma o conceito de jogos de linguagem elaborados nas investigações da filosofia analítica de Wittgenstein, que referencia os diversos gêneros de enunciados.

Os jogos de linguagem significam que cada uma das diversas categorias de enunciados deve poder ser determinado por regras que especifiquem as suas propriedades e o uso que delas se pode fazer, exatamente como o jogo de xadrez se define por um grupo de regras que determinam quer as propriedades das peças, quer a maneira conveniente de as deslocar.

Contudo, Wittgenstein adverte para diversas possibilidades de jogar e de representar e interpretar estes jogos:

*É como se alguém desse a explicação seguinte: um jogo consiste em deslocar certas coisas ao longo de uma superfície de acordo com as regras... – e nós respondêssemos: parece estar a pensar em jogos de tabuleiro; mas há muitos outros jogos. Podes corrigir a tua explicação restringindo-a expressamente a estes jogos.* (1987:174)

Conceber uma linguagem é conceber uma forma de vida, que consiste em ordem e comunicados no campo de batalha. Wittgenstein sintetiza o conceito:

*... podemos conceber que todo processo de uso de palavras seja um daqueles jogos por meio dos quais as crianças aprendem a sua língua natal. A estes jogos quero chamar “jogos de linguagem” e falarei por vezes de uma linguagem primitiva como sendo um jogo de linguagem ... Chamarei também ao todo formado pela linguagem com as atividades com os quais está entrelaçado o jogo de linguagem.* (1987:177)

O pensamento acerca da linguagem quer impor uma ordem ao saber do uso da mesma, uma ordem para um

certo fim a partir das muitas ordens possíveis, mas não a ordem. Wittgenstein demarca o espaço restrito deste entendimento:

*Os nossos simples e claros jogos de linguagens não são estudos preliminares para uma regulamentação futura da linguagem – como se fossem uma primeira aproximação, sem ter em conta o atrito e a resistência do ar. Os jogos de linguagem são muito mais objetos de comparação, que por semelhança ou dessemelhança irão esclarecer os fatos de nossa linguagem.* (1987:264)

Este pensamento acerca da linguagem na sociedade contemporânea recorta das marcas da industrialização a bela metáfora que descreve a linguagem como uma máquina, ou a sua imagem, dando início a uma série de imagens que aprendemos a derivar a partir desta imagem. A vontade de poder dominar este jogo de linguagem mobiliza no sentido de conhecer racionalmente a gramática que define as regras de proposição e de argumentação.

Existe, entretanto, um paradoxo na subordinação dos atos de fala às regras, pois esta é apenas uma interpretação. Qualquer forma de ação é conciliável com a regra e não existe nem concordância nem contradição, e Wittgenstein discursa:

*A linguagem é um labirinto de caminhos. Vindo de um lado, conheces o caminho; vindo de outro lado, mas para o mesmo ponto, já não conheces o caminho.* (1987:322)

A partir do conceito de jogos de linguagem os vínculos e a organização social, em qualquer escala em que sejam tomadas, não são entendidos apenas como uma teoria das comunicações, mas também com uma teoria dos jogos, que recompõe a sociedade na intersubjetividade da comunicação.

Não se advoga que toda relação social é da mesma ordem. Entretanto, a questão dos vínculos e da organização social, enquanto questão, é, ela própria, um jogo de linguagem, o da interrogação, que posiciona imediatamente aqueles que a colocam, aqueles a quem ela se dirige e aqueles referentes que ela interroga.

Os jogos de linguagem são formados de elementos heterogêneos, que criam as condições de possibilidade para determinismos locais reconhecidos por Lyotard:

*O reconhecimento da heteromorfia dos jogos de linguagem é um primeiro passo... Ele implica, evidentemente, a renúncia ao terror, que pressupõe a sua isomorfia e tenta realizá-la. O segundo passo é o princípio de que, se existe consenso sobre as regras que definem cada jogo e os lances que neles são feitos, este consenso deve ser local, ou seja, obtido pelos parceiros atuais e sujeito a rescisão eventual. Está-se orientando para a multiplicidade de metaargumentações, isto é, argumentações que incidem sobre metaprescritivos e que são limitadas no espaço-tempo.* (1989:131)

Lyotard define a sua estratégia nos jogos de linguagem, recusando a alternativa entre, por um lado, a fala manipulada e a transmissão unilateral, e, por outro, a livre expressão e o diálogo. A partir desta recusa à oposição que considera reducionista Lyotard quer que o público tenha livre acesso às memórias e às bases de dados.

É neste contexto de discussão sobre o lugar do conhecimento e da informação, das estratégias de sua produção, organização e disseminação que se revelam as diferentes perspectivas na representação e na interpretação do esgotamento das energias da racionalidade moderna e de recomposição da intersubjetividade.

A informação no contexto da comunicação humana tem sido ela mesma observada pelo olhar metódico produtor do saber e do discurso qualificado de verdade. Belkin considera que a única noção básica comum em todos os usos da palavra informação é a idéia de estruturas que são modificadas, donde ele retira o conceito de que “informação é aquilo que é capaz de transformar estruturas”.

Belkin assinala que os vários modos em que a palavra formação tem sido usada podem ser melhor descritos no contexto em que ela ocorre: genética (hereditariedade), incerteza, percepção, formação de conceitos individuais, comunicação entre homens, estruturas de conceitos sociais, organização do conhecimento.

A ciência da informação produz a objetivação para facilitar a comunicação de informação entre ações humanas, participando da estruturação dos textos e das mensagens pelo emissor para afetar as estruturas de cognição do receptor. Isto implica em que o emissor tenha conhecimento das estruturas do receptor.

Os conceitos básicos da ciência da informação são: texto e informação. O texto é o conjunto de signos estruturados por um emissor com a intenção de mudar as estruturas de cognição do receptor. Informação é a estrutura do texto que tem capacidade de mudar as estruturas de cognição do receptor. Belkin considera que estes são os principais fenômenos no campo de objetivação da ciência da informação.

Goffman descreve a ciência da informação como o campo interdisciplinar que emerge com o processo de proliferação do conhecimento científico no pós-guerra. O seu conceito de uma disciplina científica da informação agrupa as abordagens de vários fenômenos envolvidos na noção de informação, que exige o estudo dos princípios do comportamento de todos os processos de comunicação e dos sistemas de informação associados.

A primeira tarefa da ciência da informação é estudar as propriedades dos processos de comunicação, o que pode ser traduzido no desenho de sistemas de informação apropriados para cada contexto. Trata-se de estabelecer os fundamentos dos princípios reguladores do comportamento de todos os processos de comunicação. Goffman considera que o maior problema para o tratamento científico do processo de comunicação reside na conceituação de informação, apesar de intuitivamente compreendido, tem dificuldade em ser definida formalmente ou precisamente mensurada.

Em sua revisão dos conceitos soviéticos de informação no quadro da ciência da informação Belkin aponta três abordagens da informação no contexto do estudo metódico: filosófica, pragmática e semiótica. O mais relevante aspecto descrito a partir do fenômeno da informação consiste exatamente na sua estrutura organizacional.

Belkin cita Mikhailov e colaboradores em sua abordagem pragmática da informação, especialmente as características da sua organização em sistemas de interesse social e na área da informática. A contribuição de Mikhailov e colaboradores destaca-se pela elaboração de uma classificação dos tipos de informação a partir de análise de 12 propriedades da informação científica.

Esta classificação de tipos de informação está representada em um sistema binário: social e não-social; social, semântica e não-semântica; semântica, científica e não-científica. As propriedades exclusivas da informação científica são: cumulativa, independência do seu criador, envelhecimento e dispersão.

Goffman elabora uma teoria geral da comunicação no quadro disciplinar da ciência da informação, em que esta aparece como o estudo privilegiado dos processos de comunicação orientado para três problemas: o comportamento, a representação e a tecnologia. Goffman usa a metáfora dos processos epidêmicos e suas representações matemáticas para a otimização e a estabilização de sistemas de comunicação, especialmente para melhorar a performance de recuperação da informação.

Goffman considera que conceito fundamental que marca o comportamento da comunicação é a noção de efetivo contato entre a informação e o seu destino. Este efetivo contato é claramente um fator determinante que aparece em dois processos de comunicação muito familiares, designados de transmissão do conhecimento e de transmissão de doenças.

Existem muitas características semelhantes entre os dois processos: no caso das doenças nós estamos nos referindo a material infectante que pode ser transportado e transmitido, enquanto no caso do conhecimento se trata de transporte e transmissão de idéias, boas ou más dependendo do ponto de vista.

Por sua vez, as noções primitivas de conhecimento, de informação e de idéias compõem a mesma relação umas com as outras como no caso das noções primitivas de doença, agente e material infectante. Na transmissão de conhecimento as

idéias jogam as mesmas regras do material infectante; a informação corresponde ao agente cujo material infectante é transmitido e a interação entre um indivíduo e uma idéia pode ou não resultar em uma acumulação de conhecimento, da mesma forma que a interação entre um indivíduo e o material infectante pode ou não resultar em um caso de doença.

No modelo usado por Goffman existem dois elementos necessários para o desenvolvimento do processo epidêmico: uma população específica e a sua exposição ao material infectante. Os membros desta população podem ser distribuídos em uma das três classes mutuamente exclusivas que são feitas a partir do fator tempo: infectantes, susceptíveis e excluídos.

Os infectantes são os membros da população que são hospedeiros do material infectante. Os susceptíveis são os que podem se tornar infectantes (ou infectados) a partir do contato com o material infectante. Os excluídos são aqueles que foram removidos de circulação por várias razões, da imunidade à morte. Estes membros podem ter sido infectantes ou susceptíveis antes de serem excluídos.

Este processo de interação é dependente do fator tempo, isto é, uma seqüência de eventos acontece descrevendo um determinado comportamento. Um indivíduo está exposto ao material infectante pelo contato direto com um infectante ou através de um hospedeiro intermediário. O indivíduo exposto pode ser resistente ao organismo infeccioso, e neste caso este é rejeitado, ou pode ser infectado por ele, e neste caso o organismo infeccioso desenvolve um processo invasor.

O intervalo de tempo para o desenvolvimento deste processo é chamado período de latência, e nele acontece a transformação de susceptível em infectante. Quando esta transição acontece, um efetivo contato entre o susceptível e o material infectante transmitido aconteceu. O intervalo de tempo entre a recepção de material infectante e o aparecimento de sintomas é designado período de incubação, depois do qual aparece um caso de doença.

Goffman usa este processo analógico entre a epidemia e a comunicação para modelagens, que lhe serve de suporte para a construção de sistemas de recuperação da informação.

Ele trabalha com o desenvolvimento da teoria matemática da epidemia para estudar os processos de comunicação, com as suas representações probabilísticas e estocásticas.

Este processo de aproximação analógica da representação dos processos sociais das epidemias e da comunicação se insere ainda na tradição moderna de dominação racional da natureza, das coisas e dos homens. A própria ciência da informação configura um metadiscorso sobre as representações e as interpretações do saber e do conhecimento. Poderiam ser descritos como jogos de linguagem sobre os jogos de linguagem, para usar a terminologia de Wittgenstein.

Entretanto, os contextos sociais evidenciam o esgotamento da modernidade e da subjetividade que lhe corresponde. O limiar do século XXI abre-se como o espaço virtual de sérias ameaças mundiais à vida, aos corpos e às populações: a espiral armamentista, a difusão incontrolada de armas nucleares, o empobrecimento estrutural dos países em desenvolvimento, o desemprego e os desequilíbrios sociais crescentes nos países desenvolvidos, os problemas com o meio ambiente sobrecarregado, as altas tecnologias operadas às raias da catástrofe.

O paradoxo se mostra por toda parte: de um lado, o desenvolvimento contínuo de meios técnicos e científicos potencialmente capazes de resolver os problemas sociais e ecológicos dominantes e determinar o reequilíbrio das atividades socialmente úteis sobre a superfície do planeta e, de outro lado, a incapacidade das forças sociais organizadas e das formações subjetivas constituídas de se apropriarem desses meios para torná-los operativos.

A sociedade pós-moderna abre os jogos de poder e os jogos de linguagem para a discussão ética e estética, nos termos colocados pelo analista Guattari:

*O que está em questão é a maneira de viver daqui em diante sobre este planeta, no contexto de aceleração das mutações técnico-científicas e do considerável crescimento demográfico... Chernobyl e a AIDS nos revelaram brutalmente os limites dos poderes técnico-científicos da humanidade e as marchas-à-reverse que a natureza nos pode reservar... A ecologia ambiental, tal*

*como existe hoje, não fez senão iniciar e prefigurar a ecologia generalizada que preconizo e que terá por finalidade descentrar radicalmente as lutas sociais e as maneiras de assumir a própria psique. (1990:8,24,36)*

Nossa época exacerba a produção de bens materiais e simbólicos em detrimento dos territórios existenciais individuais, engendrando um imenso vazio na subjetividade que tende a se tornar cada vez mais absurda e sem recursos. O que está em questão são as reconstruções dos modos de ser e eles podem ser operacionalizados não apenas por mutações na subjetividade, mas também por ação comunicacional.

Esta sociedade disciplinada e vigiada que se deconstrói exige mais do que nunca o pensamento e a ação a partir da crítica da verdade, nos termos em que o saber e o poder são articulados por Foucault:

*Em qualquer sociedade existem relações de poder múltiplas que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social e que estas relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer, nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso. Não há possibilidade de exercício do poder sem uma certa economia dos discursos de verdade que funcione dentro e a partir desta dupla exigência. Somos submetidos pelo poder à produção da verdade. Isso vale para qualquer sociedade, mas creio que na nossa as relações entre poder, direito e verdade se organizam de uma maneira especial. (1986:179)*

A crítica radical do saber formal, do conhecimento antropocêntrico e metódico, encontra no pensamento de Nietzsche uma forte expressão. O filósofo quis provar que o homem não ama a verdade, quer apenas as suas consequências favoráveis. O homem não odeia a mentira, apenas não suporta os prejuízos por ela causados. A obrigação de dizer a verdade nasce para antecipar as consequências nefastas da mentira. Quando a mentira tem valor agradável ela é muito bem permitida.

Nietzsche comenta no livro do filósofo:

*A necessidade produz, às vezes, a veracidade como meio de existência de uma sociedade. O instinto se reforça por um exercício freqüente e é agora injustamente transposto por metástase. Torna-se a tendência em si. Do exercício para casos determinados se faz uma qualidade. Temos agora o instinto do conhecimento.* (apud Machado; 1985:42)

O conhecimento não é um instinto do homem, não é da mesma natureza que os instintos. O conhecimento foi produzido, foi inventado, como na bela fábula de Nietzsche:

*Em algum ponto do universo inundado por cintilações de inúmeros sistemas solares houve um dia um planeta em que os animais inteligentes inventaram o conhecimento. Foi o minuto mais orgulhoso e mais mentiroso da história universal, mas foi apenas um minuto. Depois de alguns suspiros a natureza do planeta congelou e os animais inteligentes tiveram que morrer.* (apud Machado, 1985:40)

Entretanto, o próprio Nietzsche adverte que não se trata de negar ou de destruir o conhecimento e a ciência:

*Não se trata de um aniquilamento da ciência, mas de seu domínio. Em todos os seus fins e todos os seus métodos, ela depende, na verdade, inteiramente de pontos de vista filosóficos, mas o esquece facilmente. Mas a filosofia dominante também deve levar em consideração o problema de saber até que ponto a ciência pode se desenvolver: ela deve determinar o valor.* (apud Machado, 1985:47)

Trata-se, então, de buscar os pontos de ruptura nas estruturas sociais e os esboços de uma outra economia do desejo. Olhar as partes mais móveis da sociedade que tentam mudar, sem a dependência do pretendamente normal e verdadeiro. É apostar mesmo nas minorias, que podem querer ser definitivamente minoritárias.

O exercício da vontade articula as batalhas contra todas as formas de coerção e de controle, explode com o diagrama da disciplina e da vigilância. Esta autonomia pode ser encontrada no próprio tecido social, onde se formam núcleos

de vontade coletiva de singularidade das coisas, dos pensamentos e das sensibilidades.

A estratégia da revolução molecular preconizada por Guattari pode ser representada pela pequena metáfora:

*É um pouco como aquela pedrinha minúscula que provoca no pára-brisa um impacto microscópico, o qual, no entanto, vai fazer com que o conjunto do vidro arrebente. (1981:257)*

Esta revolução molecular significa o agenciamento dos desejos, das forças nos seres humanos, para além de todo aprisionamento nas esferas de valor e de interesse estabelecidas, tal qual enunciam Deleuze e Guattari:

*Talvez em termos de investimentos, tanto econômicos quanto inconscientes, o interesse não seja a última palavra; há investimentos do desejo que explicam que se possa desejar, não contra o interesse – visto que o interesse é sempre decorrência e se encontra onde o desejo o coloca – mas desejar de uma maneira mais profunda e mais difusa do que o interessa... É a natureza dos investimentos de desejos em relação ao corpo social que explica porque partidos ou sindicatos, que teriam ou deveriam ter investimentos revolucionários em nome dos interesses de classe, podem ter investimentos reformistas ou perfeitamente reacionários em nível do desejo. (1986:76)*

Deleuze aponta para a absurda fragilidade do sistema capitalista, citando que se as crianças conseguissem fazer ouvir seus protestos em uma escola, isto bastaria para fazer explodir toda a estrutura de ensino. Guattari amplia a observação, ao considerar que toda posição do desejo contra a opressão, por mais local ou minúscula que seja, põe em causa o conjunto do sistema capitalista. A revolução molecular está latente por toda parte.

Não se trata de se perguntar se se deve ou não se organizar, mas se se está ou não reproduzindo a subjetividade dominante. Só haverá autonomia, para a reapropriação da vida, na medida em que os grupos sociais de base forem capazes de escolher para si próprios onde agenciar os seus desejos.

A estratégia de combate de Guattari penetra infinitesimalmente o tecido social, cultivando o dissenso e a produção singular da existência. Cada um com seu grupelho! No reino das comissões de base os grupelhos aceitam ser o que são, em tal número que podem substituir as instituições da sociedade moderna.

Guattari adverte para a capacidade das estruturas de poder dominantes se reapropriarem de todas as construções singulares para a manutenção da ordem:

*As hidras estatais estão elaborando uma tecnologia altamente sofisticada para recuperar, utilizar tudo o que poderia constituir vetores tupiniquins... É sempre um dilema escolher entre continuar em uma situação pobre de meios, miserável até, ou se deixar seduzir pela tentação de aceitar subvenções, que são propostas sem qualquer contrapartida evidente, do ponto de vista regulamentar.* (1986:152)

Está em questão o próprio engajamento corrente que tem a sua figura-síntese no militante, que é uma imagem forte, que recobre um capital de devoção, de coragem, de envolvimento, por parte das pessoas. Guattari põe a nu esta triste figura:

*Ele evoca significados como militar, arregimentação, que são marcados por conotações negativas, chatas, mortíferas, para a economia do desejo... Não me importa que haja militantes tradicionais... Eles também são minorias. Eles são uns chatos, é verdade, mas não são os únicos. Por toda parte há gente chata, e se tivéssemos que eliminar os chatos de todo o nosso campo de existência, não sei o que aconteceria...* (1986:173)

Na arena das batalhas cotidianas não se luta diretamente por dinheiro ou por poder, mas por definições. Trata-se da integridade e da autonomia dos estilos de vida, como, por exemplo, a defesa de subculturas tradicionalmente estabelecidas ou a transformação da gramática das formas de vida. Estas lutas têm lugar no espaço da comunicação cotidiana e, apenas eventualmente, condensam-se em formações subjetivas mais complexas.

Tais cenários são o espaço de possibilidade da formação daquilo que Habermas designa de esferas públicas autônomas, que se põem em comunicação umas com as outras tão logo o seu potencial é direcionado para a auto-organização e para o emprego auto-organizado dos meios de comunicação. As formas de auto-organização reforçam a capacidade coletiva de agir.

Habermas avança para além do espaço restrito das esferas públicas autônomas em direção ao empreendimento intersubjetivo de uma ética da discussão. A fixação de uma orientação para a ação coletiva, a coordenação de intenções individuais e os acordos práticos necessitam de uma argumentação para que sejam justificados e legitimados.

A ética da discussão proposta por Habermas deriva de uma concepção construtivista da aprendizagem, na medida em que comprehende a formação discursiva da vontade como forma de reflexão do agir comunicativo e na medida em que exige, para passagem do agir a discussão uma mudança de posicionamento ético.

Habermas desloca a oposição entre heteronomia e autonomia da sociedade do trabalho para a sociedade da comunicação:

*À heteronomia, isto é, à dependência de normas existentes, opõe-se a exigência de que o agente, ao invés da validade social de uma norma, erija, ao contrário, a sua validade em princípio de determinação do seu agir. Com esse conceito de autonomia, o conceito da capacidade de agir responsávelmente também se desloca. A responsabilidade torna-se um caso especial de imputabilidade: esta significa a orientação do agir em função de um acordo representado de maneira universal e motivado racionalmente – age moralmente quem age com discernimento. (1989:196)*

Embora Motta situe a autonomia em termos de gestão da produção e do trabalho, o seu discurso abre o cenário para os jogos de linguagem e para as mudanças subjetivas:

*Entre as várias opressões endêmicas do capitalismo, a crescente tensão entre gestores e trabalhadores, entre dominantes e dominados, entre Estado e sociedade, entre os que lutam pela auto-*

*nomia e os que querem manter um controle social cada vez mais rígido, abre caminho para movimentos sociais importantes, cuja missão é a de destruição da organização burocrática e da sua subjetividade.* (1986:25)

A organização social autônoma ultrapassa os marcos estritos das reivindicações econômicas e sociais, buscando a liberação total da sociedade. Ela está mais próxima dos sistemas acentrados, redes de autômatos finitos, onde a comunicação se faz a outro vizinho qualquer, onde os canais são preexistentes onde os indivíduos são todos intercambiáveis, definindo-se somente por um estado em um dado momento, de tal modo que as operações locais se coordenam e o resultado final se sincroniza independentemente de uma estrutura central.

A forma do rizoma apropriada por Deleuze e Guattari se aproxima desta autonomia. A solução sem general encontra a multiplicidade acentrada, que comporta um número finito de estados e de sinais correspondentes de velocidade do ponto de vista de um rizoma de guerra ou de uma lógica de guerrilha, sem se calcar em um, ou sem copiar uma ordem central. Esta multiplicidade, arranjo ou sociedade rejeita como intruso todo elemento centralizador ou unificador.

A forma do rizoma permite construir uma outra teoria das organizações, liberta das estruturas rígidas das hierarquias e das competências do saber e do discurso. Motta dá esboços desta formação organizacional:

*O primeiro aspecto refere-se a redistribuição do trabalho, à concentração da atenção nas novas formas de relação social que criam as condições objetivas para que surja um novo tipo de sociedade, que ultrapasse o binômio dirigente-dirigido. O segundo refere-se à atenção aos sistemas de comunicação entre grupos sociais autônomos, única forma de construção de uma sociedade livre e não hierárquica que respeite a diferença, que seja pluralista na prática e não apenas no discurso. O terceiro refere-se à atenção à comunicação geral para além das diversas alternativas sociais.* (1986:30)

As condições sociais em termos de qualidade dos ganhos e perdas, ultrapassando a idéia de uma organização racional da pro-

dução e da distribuição das riquezas, está cada vez mais vinculada às estratégias da comunicação. A multiplicação das comunicações possibilita a socialização dos indivíduos, reduzindo a sua inércia de conjunto, com suas condutas de defesa estereotipadas, estimulando as condutas inovadoras e desejosas de autonomia.

A discussão do contexto social contemporâneo parte da observação da modernidade esgotada, o que faz com que muitos pensadores se fixem na peculiaridade das situações cotidianas e abandonem as utopias de uma sociedade plenamente ordenada. Aceitando ou não a designação de pós-moderna, a sociedade não se reconhece mais nas construções racionais que produziam e justificavam os vínculos e a organização.

A multiplicidade de teorias elaboradas para a representação e a interpretação do mundo da vida ordenado pelo conhecimento e pela informação que se enfraquecem a cada dia apenas expressa a perplexidade do ser humano que se descobre incapaz de dominar de modo absoluto as forças que traz em si e que interagem com os outros.

Deleuze tenta, de modo bastante simples, confortar este ser humano atônito:

*Uma teoria é como uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significante... É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico, que deixa então de ser teórico, é porque ela não vale nada ou que seu momento ainda não chegou. Não se refaz uma teoria, fazem-na outras: há outras para serem feitas. (apud Foucault, 1986:71)*

Os revolucionários moleculares, os autonomistas, não importa a designação que recebem, se dirigem aos desejos que protestam, procurando aliados. Precisamos de aliados. E temos a impressão de que estes aliados já existem, que não esperam por nós, que há muitas pessoas que estão fartas, que pensam, sentem, trabalham e falam em direções análogas.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BELKIN, N. "Some soviet concepts of information for information science". In: *JASIS*. pp. 56-64, jan./fev. 1975.

- . *et al.* “Information science and the phenomenon of information”. In: *JASIS*. pp. 197-204, jul./ago. 1976.
- CHAUÍ, M. *Cultura e democracia*: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Moderna, 1980.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *O anti-Édipo*: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Trad. e org. de Roberto Machado. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- GOFFMAN, W. “Information science; discipline or disappearance”. In: *ASLIB Proceedings*. v. 22, n. 12. pp. 589-596, dez. 1970.
- . “A general theory of communication”. In: *A Unifying Theory*. New York: [s.d.]. pp. 726-747.
- GUATTARI, F. *A revolução molecular*: pulsões políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- . *As três ecologias*. Campinas: Papirus, 1990.
- .; ROLNIK, S. *Micropolíticas*: cartografias do desejo. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.
- HABERMAS, J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
- LYOTARD, F. *A condição pós-moderna*. Lisboa: Gradiva, 1989.
- MACHADO, R. *Nietzsche e a verdade*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.
- MOTTA, F. C. P. *Organização e poder*. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- . *Burocracia e autogestão*: a proposta de Proudhon. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- OFFE, C. *Capitalismo desorganizado*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- WITTGENSTEIN, L. *Investigações filosóficas*. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 1987. pp. 159-611.



## ARQUEOLOGIA DO VÍRUS, DA DOENÇA E DAS NORMAS

---

A arqueologia da AIDS começa no Centro de Controle de Doenças norte-americano em 1980, quando são agregadas as notificações de 26 casos de uma forma de câncer rara em pacientes jovens: o sarcoma de Kaposi, tumor que ataca a pele, os gânglios linfáticos, as vísceras e tubo digestivo.

Em maio de 1981 o boletim norte-americano “Morbid Mortality Weekly Report” publica o relato do infectologista Gottlieb, de Los Angeles, sobre cinco mortes causadas por um tipo específico de infecção pulmonar aguda. Esta doença só resultaria fatal em função do baixíssimo grau de imunidade em que tinham mergulhado os organismos dos cinco pacientes.

O comprometimento do sistema imunológico relatado por Gottlieb era muito semelhante ao registrado nas vítimas dos sarcomas de Kaposi. E havia outro fato a relacioná-los: os cinco pacientes de Gottlieb eram homossexuais masculinos e a maioria das outras 26 vítimas também.

Uma análise do sangue destas 31 pessoas revelou uma drástica redução do número de linfócitos, glóbulos brancos do sangue que exercem funções de defesa do organismo. A doença causadora de uma imunodeficiência, não sendo hereditária, recebeu o nome de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS.

Em 1983 a equipe francesa do Instituto Pasteur anuncia a descoberta do agente causador da AIDS, um vírus que eles denominam LAV. Em março de 1984 uma equipe norte-ame-

ricana também isola o vírus, que eles denominam HTLV-3 (The Human T Leukemia Lymphoma Viruses). Em 1986 o Comitê Internacional para Taxonomia de Vírus propõe a denominação HIV – (Human Imuno-deficiency Virus).

Vírus são microorganismos que inoculam seu material genético em células com as quais têm afinidade (tropismo), a fim de se aproveitarem do seu ciclo de vida. O HIV tem afinidade pela subpopulação T-4 dos linfócitos sanguíneos, que auxiliam na defesa do organismo.

Em 1986 outros tipos de vírus causadores da AIDS são identificados. Um deles foi isolado na África ocidental e tem mostrado alta prevalência, chegando a ser considerado como endêmico. Os pesquisadores franceses afirmam existirem muitas linhagens de vírus causadores da AIDS, o que dificulta os estudos para o controle da doença.

Os instrumentos habituais da medicina são as vacinas e os remédios. Vacinas são estímulos ao sistema imune do homem. Os remédios no caso da AIDS deveriam destruir o vírus ou estimular o sistema imune.

Apesar dos milhões de dólares investidos no mundo inteiro em busca de uma vacina ou de um remédio contra a AIDS, o único efeito concreto consiste no método de análise do soro dos homens de modo a identificar os portadores do vírus.

O vírus HIV já foi isolado em todos os fluidos corporais do organismo humano: sêmen, sangue, fezes, urina, lágrima, saliva, suor, leite materno. No entanto, alguns cientistas afirmam que apenas no sêmen, na secreção vaginal e no sangue existem partículas virais em quantidade suficiente para a transmissão da doença.

O primeiros casos de AIDS notificados no Brasil aconteceram na cidade de São Paulo, que vai registrar uma elevada incidência de portadores e de doentes. Em 1982 foram registrados cinco casos, em 1983 foram 17 casos, em 1984 foram 63 casos, em 1985 foram 240 casos, em 1986 foram 393 casos, em 1987 foram 826 casos, em 1988 foram 1.223 casos, e até 30 de setembro de 1989 foram 833 casos, totalizando 3.651 casos de AIDS na cidade de São Paulo. Isto significa

43,5% dos 8.390 casos até então notificados pelo Ministério da Saúde em todo o país neste período.

Entretanto, a arqueologia da doença no Brasil se modifica com a descoberta pelo patologista Arruda Matos, da Escola Paulista de Medicina, de que a necrópsia realizada em dezembro de 1981 em um paciente que tinha morrido de pneumonia após várias infecções era na verdade um caso de AIDS. Os sinais detectados naquela necrópsia eram os mesmos que atacam os pacientes com AIDS.

Esta informação veio a público em setembro de 1988. A primeira vítima de AIDS no Brasil morreu em dezembro de 1981, antes de completar 30 anos. Era bissexual, casado, com um filho, profissional liberal. Dois anos antes de apresentar os primeiros sintomas da doença, tinha viajado aos Estados Unidos, onde manteve relações sexuais. Durante 1979 e 1980, em São Paulo, ele manteve uma vida sexual bastante ativa.

O perfil epidemiológico dos casos de AIDS no Estado de São Paulo notificados até 30 de julho de 1988 mostra que 92,7% eram homens e apenas 7,3% eram mulheres. Entretanto, há um aumento da incidência de casos em mulheres neste período. Entre os casos em homens há um decréscimo dos casos entre homossexuais e bissexuais: 94,1% em 1983 e 89% em 1988. Há, portanto, um aumento na incidência entre mulheres e heterossexuais masculinos.

O aparecimento e disseminação de uma doença transmissível, que pela elevada letalidade entre os casos conhecidos torna-se rapidamente sinônimo de morte, faz da AIDS um signo em torno do qual passa a se controlar a vida dos homens na sociedade contemporânea.

O fato de ser uma doença contra a qual a medicina não dispõe das suas armas significantes, as vacinas e os remédios, faz da AIDS um objeto de intensa observação e representação: a vontade de saber sobre a doença que mata produz uma verdadeira explosão de informações. Efetivamente há uma epidemia de informações referentes a epidemia de AIDS.

A observação dos casos conhecidos de AIDS traz uma interpretação sobre o modo como a doença se dissemina so-

cialmente, isto é, como se transmite o seu agente causal de uma pessoa para outra. Três causas mais importantes são indicadas: transmissão na relação sexual, uso compartilhado de seringas e transfusão de sangue.

Em 1983 um ofício circular do Centro de Informações em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo destaca ser a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS um agravo inusitado à saúde e que deve ser objeto de notificação compulsória e de vigilância epidemiológica.

A portaria nº 542, de 22.12.86, do Ministério da Saúde, para efeitos de aplicação da Lei nº 6.229, define a inclusão no elenco das doenças de notificação compulsória a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS e a sífilis congênita.

Em 1987 o Ministério da Saúde publica entre as suas normas e manuais técnicos as “Recomendações para prevenção e controle da infecção pelo vírus HIV” que assim se apresenta:

*Em agosto de 1987 o Ministério da Saúde reuniu um grupo de especialistas para avaliar os critérios de definição de caso de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), adaptando-os à realidade brasileira. Esta publicação é o resultado desse trabalho coletivo, que tem o objetivo de levar aos profissionais de saúde, de forma sistematizada, recomendações para o diagnóstico da SIDA, suas manifestações clínicas e estratégias de controle. (1987:05)*

O Ministério da Saúde situa entre os componentes do programa de SIDA/AIDS a educação:

*O principal objetivo de um programa de SIDA/AIDS é prevenir a transmissão da infecção do vírus HIV às pessoas sãs. As atividades educativas devem ser dirigidas ao público em geral, aos grupos de riscos, aos profissionais de saúde e aos adolescentes jovens. (1987:26)*

Entre os conceitos básicos das recomendações do Ministério a que tem maior impacto diz respeito aos grupos de risco:

*Atualmente são considerados como grupos de risco para a doença: os homossexuais masculinos, os bissexuais masculinos, os*

*hemofílicos, os receptores de transfusão de sangue ocorrida nos últimos cinco anos, os usuários de drogas injetáveis, os parceiros sexuais de indivíduos pertencentes a grupos de risco, filhos nascidos de mães soropositivas para o HIV.* (1987:8)

O risco é a probabilidade de adquirir a doença: a codificação estatística do conhecimento momentâneo sobre o comportamento da doença. A agregação de eventos como elemento na identificação de fatores associados a ocorrência da doença cria a figura dos grupos de risco. Características, orientações e comportamentos passam a ser indicadores da possibilidade de adquirir o vírus HIV.

Em 1988 o Ministério da Saúde publica *Recomendações técnicas e aspectos éticos na AIDS* que permite visualizar o quadro criado na sua própria apresentação:

*A infecção pelo HIV e a AIDS constituem importantes causas de discriminação, falta de solidariedade, respeito e valorização do indivíduo. Essas circunstâncias levaram o Ministério da Saúde... a preocupar-se com a normalização, divulgação de condutas técnicas e éticas apropriadas, no intuito de corrigir e evitar os problemas acima mencionados... A presente publicação servirá de valioso subsídio aos profissionais de saúde, particularmente no que concerne à uniformização de condutas frente a situações específicas.* (1988:05)

As recomendações orientam quanto a utilização de testes sorológicos para detecção de HIV e sobre o uso da informação do seu resultado. São citados textualmente artigos do Código de Ética Médica:

*Art. 44 – É vedado ao médico revelar fatos de que tenha conhecimento por tê-los presenciado ou deduzido no exercício de sua atividade profissional permanecendo esta proibição mesmo que o paciente já tenha falecido, salvo em justa causa ou para obedecer a dever legal. Art. 45 – É vedado ao médico deixar de orientar os seus auxiliares no dever de guardar segredo profissional. Art. 46 – É vedado ao médico revelar diagnóstico ou tratamento sem o expresso consentimento do paciente ou seu responsável.* (1988:11)

Ao se referir a infecção pelo HIV em presídios as recomendações do Ministério da Saúde atestam a existência de outra face da AIDS:

*Os determinantes da ocorrência da infecção pelo HIV nos presídios são complexos, se relacionando à constituição de populações masculinas ou femininas fechadas, freqüentemente em condições precárias de vida e higiene. A participação expressiva nestas populações de indivíduos já localizados em grupos de risco para a infecção pelo HIV, anterior a entrada no sistema penitenciário amplia o problema. Ressalta-se a superlotação e visitas íntimas múltiplas como fatores facilitadores da promiscuidade sexual (sendo particularmente importante no caso, a promiscuidade homossexual masculina) e o uso aparentemente freqüente, em algumas penitenciárias, de drogas injetáveis.* (1988:22)

Como doença recente no panorama sanitário mundial, de elevado índice de letalidade, evoluindo, segundo o estágio atual do conhecimento, invariavelmente para o óbito, a AIDS causa um estado de medo na população. Vários fatores contribuem para dificultar o estabelecimento de uma política adequada e viável a ser aplicada em relação a assistência médica aos portadores da AIDS. Como exemplos podem ser citados não somente fatores culturais e sociais, mas também fatores específicos, tais como, o alto custo do tratamento disponível, a pequena disponibilidade de leitos na rede pública de saúde, a insuficiência de investimentos nas áreas de ensino e investigação. Este é o cenário no Brasil.

As recomendações do Ministério da Saúde definem sua proposição de vigilância:

*Em uma Sociedade Democrática, problemas de tamanha magnitude como as questões de saúde, em particular, a Síndrome de Imunodeficiência, devem ser extensamente discutidas. O Estado, como executor da vontade e das decisões dos cidadãos, deve assumir o papel de envidar todos os esforços no sentido de garantir a todos, indiscriminadamente, o direito à Saúde.* (1988:28)

A disseminação da AIDS na esfera do mundo do trabalho traz à tona o papel da medicina nas relações de produção, especialmente no controle do corpo. O próprio processo de seleção da força de trabalho pelos mecanismos de triagem da clínica e da tecnologia médica são temas que adquirem relevância própria.

O Ministério da Saúde em suas recomendações faz referência especial aos direitos do trabalhador:

*O empregador é livre para decidir a quem deve empregar, mas não lhe é permitido exigir o teste sorológico, enquanto condição de admissão ou manutenção do emprego ou cargo público, por caracterizar interferência indevida na intimidade dos trabalhadores e restrição ou discriminação não prevista na Consolidação das Leis do Trabalho – CLT e Código Penal Brasileiro.* (1988:31)

As indicações do uso do teste sorológico para HIV recomendadas indicam, entre outras situações:

*Não deve ser sistematicamente aplicado na seleção de trabalhadores e de militares, em etapa admissional; também não deve ser rotineiramente utilizado para detectar infectados após a admissão; é justificável exclusivamente quando presentes manifestações clínicas compatíveis;... é indicado para detectar a infecção em indivíduos que exercem a prostituição, porque eles representam concreta fonte de contágio...* (1988:31-2)

A AIDS causa uma série de situações que se manifestam nas diferentes faces do mundo da vida. Ameaça de morte, ela afeta a vida de todos. Vários aspectos éticos eclodem, especialmente os associados à medicina como disciplina social.

O Ministério da Saúde situa os aspectos éticos na AIDS e na discriminação em torno dela estabelecidas:

*Com o advento da AIDS nestes últimos 10 anos, experimentou o mundo o recrudescimento de posturas obscurantistas e discriminatórias contra alguns grupos sociais que têm sido identificados como susceptíveis em maior grau à aquisição da doença. Imaginam aqueles que defendem a hostilidade contra tais grupos que,*

*assim agindo, conseguirão aumentar sua segregação e, por consequência, obter a circunscrição da doença em faixas controláveis. Na verdade tal postura traduz tão-somente a intolerância experimentada em face de comportamentos que se consideram indesejáveis. Em outras palavras, o que se deseja combater, assim, não é a doença, mas o comportamento. Não há nenhum fundamento científico na conduta que preconiza a segregação dos chamados grupos de risco como forma de se controlar a expansão da doença... (1988:38)*

Na relação médico-paciente as recomendações destacam o aspecto do sigilo profissional:

*O sigilo tutelado pela norma é aquele que pertence ao paciente, base da confiança que deve reger a relação profissional. É fundado nele que o paciente revela ao médico aspectos de sua privacidade essenciais ao perfeito equacionamento do problema... Todavia, não tem o médico o direito de revelar a outrem aquilo que sabe a respeito de seu paciente, sob pena de comprometer irremediavelmente a qualidade da relação profissional. Aquilo que pertence à esfera da intimidade de cada um de nós assim deve permanecer, a não ser que seu titular não deseje. O segredo médico, portanto, é a proteção de que dispõe o paciente para que nada que seja estritamente pessoal chegue ao conhecimento de terceiros sem sua anuência. O indivíduo infectado pelo HIV evidentemente não está excluído dessa proteção. (1988:41)*

Entretanto fica bem estabelecido o caráter de doença de notificação compulsória da AIDS:

*O segredo há de ser quebrado no que concerne à informação devida pelo médico às autoridades sanitárias. Desse modo... estão os médicos obrigados a notificar às Secretarias de Estado da Saúde, todos os casos com suspeita clínica ou diagnóstico confirmado de AIDS; e estas ao Ministério da Saúde... Não haverá, pois, ilicitude na revelação de segredo nas circunstâncias apontadas, de vez que estará o médico agindo no estrito cumprimento de dever legal, o qual atende, por seu turno, o interesse da coletividade. (1988:42-3)*

São citadas ainda situações especiais para a quebra do sigilo médico em relação aos casos de AIDS:

*Quanto aos comunicantes sexuais ou membros de grupos de uso de drogas endovenosas... haverá aqui... possibilidades de ruptura do sigilo plenamente justificada, posto que se está a proteger bens de maior relevância que o bem-estar individual, quais sejam, o bem-estar social e a saúde (e mesmo a vida) de outras pessoas – tem-se aqui em vista o conceito de legítima defesa... (1988:42)*

O Ministério da Saúde frisa o papel do médico como agente autorizado das falas sobre a AIDS dentro dos estabelecimentos de assistência:

*Devem os médicos nas instituições transmitir aos demais membros da equipe multiprofissional as informações necessárias ao correto atendimento do paciente e a precaução a ser adotada. Não há, nestas circunstâncias, quebra de sigilo, em que o trabalho da equipe é extensão da ação do médico e seus membros estão igualmente presos à guarda de informações obtidas, preservando-se, assim, a intimidade e o recato do paciente. (1988:44)*

São apontadas ainda as restrições efetivas da identificação de portadores do HIV entre aqueles que ingressam no sistema prisional, visto não se poder desenvolver um atendimento subsequente adequado e que respeite a dignidade da pessoa. Tal procedimento apenas poderia servir para aumentar o estigma dos portadores do HIV, expondo-os a riscos de segregação ou mesmo hostilização.

Estas restrições adquirem especial significação quando são observadas no âmbito de empresas. O Ministério da Saúde admite que parcela do empresariado passou a exigir medidas que, em tese, poderiam limitar ou impedir que portadores do HIV pertencessem aos quadros de funcionários de suas empresas. É descrita a realização de testes sorológicos em exames pré-admissionais, exigência de realização de testes sorológicos para os funcionários das empresas, demissão dos portadores do HIV.

O Ministério da Saúde advoga em suas recomendações o controle por disciplina e não por exclusão:

*A integração ao trabalho reduz a marginalização e as dificuldades que o portador do HIV experimenta em face da sociedade. Vale lembrar que a demissão de trabalhadores infectados pelo HIV, além de inaceitável dos pontos de vista científico, ético e humano, pode trazer reflexos negativos para a sociedade em seus esforços para conter a epidemia. É óbvio que privados dos seus empregos e, muitas vezes, por consequência, também de assistência médica e de condições dignas de existência, poderão alguns portadores do HIV se encaminhar justamente para atividades que os tornarão mais perigosos no tocante a disseminação da infecção – prostituição, tráfico e consumo de drogas, comércio de sangue etc. (1988:47)*

Em relação a medicina como mediadora nas relações entre o capital e o trabalho descreve-se o fato de certas empresas realizarem os exames sorológicos sem conhecimento e consentimento dos funcionários. Ocorre, deste modo, a realização de ato médico sem autorização do paciente, o que constitui violação das normas éticas médicas.

O Código de Ética Médica orienta para estes casos:

*Deve o médico, antes da realização de qualquer ato, informar o paciente acerca de seu significado, finalidade e repercuções, para que o paciente possa livremente decidir sobre ele, autorizando ou não sua concretização... (1988:47)*

O processo de comunicação do resultado nos testes sorológicos eventualmente realizados nas empresas também é regulamentado:

*Cabe ao médico informar ao empregador tão-somente a aptidão ou não, temporária ou permanente, para o desempenho de determinada função, do funcionário submetido ao exame médico. Tudo o mais o que o médico souber terá sido obtido em confiança, no âmbito da relação profissional e tutelado, portanto, pelo instituto do sigilo médico... (1988:48)*

O Ministério da Saúde destaca o fluxo de informações entre o médico e o paciente:

*É desejável ressaltar que todas as informações obtidas pelo médico hão de ser transmitidas ao paciente, com exceção dos casos em que tal comunicação possa lhe provocar algum dano, situação em que aquela terá de ser feita a alguém que, legalmente, possa se responsabilizar pelas medidas subseqüentes... (1988:48)*

Apesar de toda a normatização do Ministério da Saúde, e de um sistema de vigilância epidemiológica estruturado estar operando, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo cria uma Comissão de AIDS, uma composição de especialistas em doenças infecciosas encarregada de emitir definições políticas de controle e prevenção da AIDS.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo apresenta assim o documento dos seus especialistas:

*A epidemia mundial do vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um desafio internacional de extraordinário âmbito e urgência sem precedentes, constituindo hoje um dos mais sérios problemas de saúde pública já enfrentados pela humanidade. O vírus HIV pode atingir indiscriminadamente todas as pessoas, sem distinção de raça, religião, ideologia, nível de escolaridade ou classe social, sendo, portanto, de responsabilidade governamental, grupal, coletiva, comunitária e individual... como parte de suas ações de combate a AIDS criou uma Comissão Científica para padronizar assuntos controversos em relação a esta epidemia... Inicia-se, assim, um processo de padronização da informação científica no nosso Estado. (1988:07)*

Seguindo as diretrizes mundiais de combate a epidemia de AIDS e baseada no conhecimento científico disponível pelos especialistas em doenças infecciosas, a Comissão de AIDS centra a sua orientação no controle das formas de transmissão sexual, no uso de drogas e na hemoterapia.

O texto de orientação sobre o combate a transmissão sexual da AIDS recorta o que dizer:

*Destacar que é grande o perigo. Frisar que relacionamento sexual deve ocorrer com parceiro único e exclusivo. Salientar o risco de relacionamento sexual promíscuo. Salientar a importância do relacionamento sexual calcado na afetividade e responsabilidade. Informar que qualquer tipo de relacionamento sexual possibilita a transmissão, sendo o coito anal mais arriscado. Salientar a extrema gravidade da infecção. Informar que o correto uso da camisinha é recurso preventivo valioso, mas não infalível, deixando claro que se trata de um detalhe, não estimulador da liberalidade, no conjunto de medidas recomendáveis. Evitar o tom moralista nos trabalhos educativos e informativos. Destacar o direito à vida, quando em foco a saúde pública. Reconhecer a necessidade de educação adequada, quanto à sexualidade, nas escolas, desde o primeiro grau.* (1988:13)

A Comissão de AIDS se dirige à população em geral, usando linguagem simples e direta, sem apresentar muitos detalhes. Dirige-se especialmente aos grupos de maior risco:

*... representados por homossexuais masculinos, bissexuais, prostitutas, travestis e heterossexuais que se relacionam com múltiplos parceiros, reconhecendo ser difícil identificar alguns desses indivíduos e fazendo chegar as informações e o trabalho educativo também a lugares de encontros, tais como determinados bares, saunas, ambientes para relax e rede de hotéis para relacionamento sexual...* (1988:13-4)

Outra mutação significativa da Comissão de AIDS de São Paulo diz respeito a orientação em ginecologia e obstetrícia para o controle da infecção pelo HIV. Cabe destacar a recomendação para o teste sorológico no acompanhamento pré-natal:

*... realizar no início da gestação, no oitavo mês e por ocasião do parto. Os exames positivos devem ser reconfirmados por métodos apropriados. A realização do teste pode ser rotineira, pois o único impedimento está no problema econômico. Nos partos realizados em pronto-socorro, sem pré-natal, providenciar sempre a prova sorológica.* (1988:34)

Existe também a preocupação da Comissão de AIDS de afirmar a sua competência na definição das políticas sociais de controle e prevenção da doença:

*As únicas terapêuticas aceitas pela comunidade científica são aquelas baseadas nos conhecimentos atuais da etiopatogenia da infecção e da doença. Assim, é válido o emprego de drogas antivirais, de medicamentos para o tratamento de infecções oportunistas ou neoplasias e, também, de medidas para estimular a resposta imune. São pertinentes protocolos de investigação clínica realizados por entidades universitárias e outras, de pesquisa, sem finalidade lucrativa, calcados em base científica documentada e obedecendo os preceitos da ética médica, visando o desenvolvimento de novos medicamentos.* (1988:29)

A Comissão de AIDS de São Paulo também se posiciona em relação aos modos de transmissão da doença, que no meio da epidemia parecem estar escondidos em cada diferença dentro do espaço social:

*É imperioso desestimular enfoques destacados acerca de mecanismos de transmissão não assegurados cientificamente. Acima de tudo, é necessário valorizar os conhecimentos solidificados, que representam a base da profilaxia, presentemente alicerçada na informação, na equação e no pedido de cooperação para os membros dos grupos de maior risco, no que se relaciona com a infecção pelo HIV e com a AIDS dela decorrente. Por fim, vale frisar que convívio social ou em ambiente de trabalho e uso de utensílios pessoais na intimidade familiar, desde que respeitadas normas higiênicas fundamentais, não possibilitam infecção pelo HIV.* (1988:42)

A Comissão de AIDS também se posiciona referente ao uso do antiviral mais eficiente então disponível, a azidotimidina – AZT, que mostra-se capaz de prolongar a vida dos doentes. São apontadas as dificuldades para a obtenção da droga, os efeitos colaterais da droga e o seu alto custo como fatores que restringem a possibilidade de uso.

O parecer da Comissão é duro:

*O tema envolve grande dimensão emocional. Todos os implicados no problema buscam em drogas como o AZT possibilidades de prolongar a vida dos doentes, na esperança de que, no meio tempo de seu uso, possa surgir tratamento eficiente, apto a salvar a vida de aidéticos. Infelizmente, mesmo essa perspectiva tem sido frustrada. Em virtude de não se tratar de droga curativa, de que a obtenção de bons resultados clínicos tenha sido duvidosa em sua utilização mais extensa e dos altos custos desse programa terapêutico, não parece indicada ênfase especial em atividade governamental nesse sentido. (1988:73)*

Não sendo capaz de acenar com vacinas ou com remédios, a medicina acena com a sua própria competência para falar sobre a doença como instrumento capaz de prevenir e controlar a AIDS. Usando o seu olhar metódico sobre a epidemia, a medicina produz conhecimento e informação que controlam a vida dos homens a partir do medo da morte.

A Comissão de AIDS acena com a difusão de sua própria produção de conhecimento e informação como forma de combater a doença:

*A difusão do conhecimento sobre a AIDS para a população em geral, na forma de informação, tem sido realizada pelos mais diversos segmentos da sociedade, com resultados nem sempre facilmente detectáveis. Embora a informação seja muito importante no atual momento da AIDS, ela tem alcance limitado, porque os únicos meios disponíveis para evitar a infecção e propagação do vírus são dependentes de processo educativo contínuo, que envolve mudanças de comportamento. Para que isso ocorra é necessário a conscientização prolongada, constante e contínua, que não deveria envolver apenas a AIDS, mas fundamentalmente fazer parte de amplo programa de educação em saúde. (1988:60)*

Em 1989 a Comissão de AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo produz e publica outro documento que avança na elaboração de uma política própria baseada em alguns princípios:

*a) O controle precisa ser efetuado com base em dados científicos e objetivos. A responsabilidade, a propósito, é da sociedade como um todo e de cada cidadão para consigo mesmo.*

*b) Este trabalho não pode, no entanto, respaldar discriminação, imposição de normas comportamentais ou constituir instrumento de educação moral e cívica. Ninguém consegue ser totalmente neutro em assuntos que envolvem sexualidade, doença e morte, mas é essencial o esforço em nível de Saúde Pública, para que as condutas adotadas possuam sustentação lógica, com alheamento de considerações abstratas e de outras menos racionais.*

*c) Não é aceitável, no contexto do combate à AIDS, perseguição a autonomias individuais e grupais na prática sexual ou realizar triagens ideológicas, políticas e econômicas de quaisquer espécies. A defesa das liberdades, de uma luta antitabu, abrange implicações progressistas. Entretanto, nem por isso a sociedade tem direito de ignorar a catastrófica realidade que é a expansão da AIDS e não pode desconhecer o dever de citar explicitamente o comportamento de risco ligado à aquisição da enfermidade. Nisso não existe julgamento moral, pois o enfatizado são fatos biológicos perfeitamente documentados e conhecidos, que vigoraram independentemente de nossas opiniões. (1989:13)*

A Comissão de AIDS de São Paulo opina que no começo da epidemia, a circunstância de ter incidido mais em grupos discriminados, ou seja, homossexuais masculinos e drogadictos fez com que se misturassem conceitos e posicionamentos sobre comportamentos socialmente não aceitos e disso resultou uma indesejável hesitação na prevenção. Entretanto, na medida em que a moléstia passou a atingir significativamente heterossexuais e não-viciados, exaltando o caráter epidêmico em expansão, o processo despertou o interesse do conjunto de toda a população e o ponto fundamental é a profilaxia da contaminação.

A Comissão de AIDS de São Paulo não quer fugir dos fatos:

*A humanidade terá que conviver com a AIDS por longo tempo e, talvez, para sempre. Enquanto novos fatos não modificarem essa*

*perspectiva, seja por alteração do agente biológico ou por progressos científicos, as coletividades devem organizar-se e preparar-se para uma batalha permanente, contínua e mutável contra o mal. Não existem vetores ou hospedeiros intermediários a serem combatidos: existem transmissores humanos, estando alguns já doentes e dignos de cuidados. A AIDS determina que enxerguemos a nossa realidade e tantas atividades lícitas e ilícitas de nossa sociedade em um flash cruel e faz com que ela precise conscientizar-se disso e preparar-se, cobrando, das autoridades dotadas de credibilidade e da comunidade como um todo, providências para que a transmissão arrefeça. Esse é o âmago da questão. A disseminação da AIDS tem que diminuir.* (1989:17)

Em relação à contaminação pela via sexual a Comissão de AIDS de São Paulo considera imprescindível dizer:

*Abstinência é recurso preventivo seguro; atividade com parceiro fiel não contaminado, contando com fidelidade recíproca, é também maneira segura de não contrair AIDS; atividade com mais de um parceiro envolve riscos, que aumentam à medida que cresce o número; coito anal corresponde a maior risco; uso de camisinha é recurso valioso na diminuição da propagação da doença, considerando em nível coletivo, esperando-se queda na disseminação da epidemia quando o emprego for generalizado, na vigência dos comportamentos que impliquem em risco.* (1989:14)

As medidas profiláticas para evitar a transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e para diminuir o ímpeto da AIDS entre outros indivíduos parecem, no entanto, mais que ineficientes quando considerados os usuários de drogas injetáveis. Acredita-se mesmo que pode estimular o vício, o que poderia ser compreendido levando em conta algumas características da personalidade dos envolvidos, pois a transgressão as normas socialmente impostas, neles observada, impossibilita a aceitação de figuras de autoridade, levando ao descrédito as informações veiculadas. As campanhas preventivas são rejeitadas pela população-alvo, que opta por ignorar o risco da AIDS.

A Comissão de AIDS situa as particularidades da profilaxia, referente à taxicômanos, da infecção pelo vírus HIV:

*A postura de usar drogas implica em rejeição primária a figuras da autoridade e do Estado, que condenam tal comportamento. Portanto, qualquer recomendação vinda dessas fontes é, em princípio, desacreditada por parte dos membros desse grupo, vinculados a peculiar subcultura. Há o problema, também, da falta de racionalidade essencial no posicionamento da sociedade frente aos tóxicos em caráter mais amplo, pois álcool e tabaco permanecem aceitos e até comercialmente estimulados, tendo nexo com estilo de vida glamouroso; todavia, heroína, cocaína e maconha são condenadas. A falta de lógica complica terrivelmente qualquer trabalho preventivo inclusive porque revela hipocrisia subjacente. Parece fundamental que na luta anti-AIDS fique definido claramente que o esforço é contra a doença fatal e não relativo à droga em si... (1989:09)*

Entretanto os especialistas não consideram racional ou justo o sistema de distribuição gratuita de seringas e agulhas, como fazem certos países europeus. O foco centra na advertência concernente ao perigo de transmissão do HIV no momento de utilização da droga, com aviso impresso no próprio corpo da seringa.

As medidas de controle recomendadas pelo Ministério da Saúde consistem na execução de um conjunto de ações sobre os casos confirmados, casos suspeitos, comunicantes, grupos de risco e profissionais da área de saúde.

Os casos confirmados devem ter notificação obrigatória. Os casos suspeitos devem ser submetidos à investigação epidemiológica e clínica e à educação sanitária. A investigação epidemiológica consiste na identificação dos grupos de risco, meios de transmissão e identificação de comunicantes. A investigação clínica consiste na confirmação do diagnóstico previamente estabelecido. A educação sanitária consiste na informação e orientação sobre os meios para diminuir a transmissibilidade da doença.

As fichas de notificação compulsória de doenças transmissíveis agrupam as seguintes observações: nome da doença, nome do doente, idade, sexo, ocupação, nome do pai ou responsável, endereço, bairro, município, local onde se encontra o doente, nome do notificante, ocupação do notificante, endereço do notificante, local e data.

Estas fichas são usadas para a coleta de dados em todos os estabelecimentos de saúde e de ensino para a notificação da ocorrência de casos das doenças que fazem parte do elenco definido pelo Ministério da Saúde. Elas fazem um fluxo até o Centro de Vigilância Epidemiológica de cada região e de cada Estado no sentido de verificar a situação de acordo com padrões de normalidade específicos.

Estas notificações são registradas e processadas a cada semana durante todo o ano de forma contínua, de modo que através de séries históricas as autoridades sanitárias possam situar a ocorrência de cada caso isolado dentro de uma curva de normalidade. Deste modo pode-se diagnosticar a existência ou não de epidemias ou surtos de doenças sob vigilância.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo produz para a AIDS, assim como para outras doenças de notificação compulsória, uma ficha de investigação epidemiológica. Desta ficha fazem parte observações referentes a identificação dos casos: nome, sexo, data de nascimento, registro geral, naturalidade, ocupação, escolaridade, nome da mãe.

Consta também da ficha de investigação o domicílio atual, o local provável de infecção, o local de tratamento e a prática sexual após 1980: homo, bissex, hetero ou ignorada. São verificados os fatores de risco: prática sexual, uso de drogas injetáveis, transfusão de sangue ou derivados, hemodiálise, hemofilia, transmissão vertical (mãe para filho). É questionado também o contato com pessoas infectadas pelo HIV ou doentes de AIDS: sexual, social, familiar, profissional.

A ficha de investigação também busca dados sobre as infecções oportunistas para os casos de diagnóstico comprovado: protozoários, fungos, bactérias, vírus, helmintos, além de neoplasias (cânceres) associados. Com base nas manifestações clínicas se faz uma classificação da situação atual do paciente, de acordo com as normas do Centro de Controle de Doenças – CDC norte-americano.

Investiga-se também a data do aparecimento das primeiras manifestações clínicas, a data do diagnóstico, e as características da sorologia para HIV. A ficha deve ser assinada por um médico responsável, com o nome claramente identificado.

A coleta destas notificações compulsórias em nível mundial vão permitindo o conhecimento do comportamento da doença, as características da população atingida pela infecção do HIV e os modos como se dissemina o vírus e a doença. Apropriando-se deste conhecimento que se torna cada vez mais detalhado, a medicina produz através das autoridades sanitárias do Estado uma epidemia de informações. A palavra de ordem é única: AIDS – transmita informação.

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo produz diversos folhetos dirigidos a grupos específicos. É curioso observar que um deles recebe o nome forte: “O que todo mundo precisa saber sobre AIDS”. O folheto diz o que é a AIDS, o que a causa, o que são grupos de risco, quais são os grupos de risco no Brasil, sobre contágio, como se pode contrair, o significado do período de incubação, os principais sintomas, sobre tratamento, sobre vacina para prevenir, e finalmente, como prevenir.

O folheto diz que a melhor arma contra a disseminação da AIDS é a informação correta da população e acrescenta como direito da população o de saber sobre a AIDS, sua transmissibilidade e modo de prevenção. A AIDS é citada como uma doença mortal que impossibilita o organismo de lutar contra as infecções, devido a perda da resistência normal. Os grupos de risco são definidos como os indivíduos com maior probabilidade de contrair o vírus da AIDS e ter a doença: homossexuais masculinos, bissexuais masculinos, toxicômanos, hemofílicos, politransfundidos, homens e mulheres heterossexuais com grande número de parceiros, crianças nascidas de mulheres com o HIV.

Após dizer que não há vacina e que não há remédio para a cura o folheto diz como prevenir a AIDS:

- 1) Reduza o número de parceiros sexuais (homens ou mulheres). Quanto maior o número de relações sexuais com pessoas diferentes, maior é o risco de contrair o vírus da AIDS. Conheça o seu parceiro sexual. Ter relação sexual com pessoa que tem múltiplos parceiros é uma prática de grande risco para contrair o vírus da AIDS. 2) Use camisinha de vênus ou preservativos de borracha quando tiver relações性uais (vaginal, anal ou oral),*

*em que há possibilidade de contato com esperma ou sangue. As relações sexuais com pessoas desconhecidas, principalmente as relações homossexuais, as relações com travestis e com prostitutas, são práticas de alto risco para contrair o vírus da AIDS. Para obter maior sensibilidade na relação use solução hidratante ou lubrificante aquoso dentro e fora do preservativo. 3) Não tenha relações sexuais com pessoas portadoras do vírus da AIDS ou com AIDS. 4) Não tenha relações sexuais com pessoas que fazem uso de drogas na veia. 5) Lave bem, com água e sabão, as mãos e os órgãos genitais após a relação sexual...*

Este explícito manual de boas maneiras sexuais circula dentro do Estado de São Paulo como informação para a prevenção e controle da AIDS, emitido pela assessoria de comunicação social no Programa de Educação da População com a citação “aprovado pela Comissão Científica da AIDS de São Paulo”.

A Assessoria de Comunicação Social da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no seu programa de educação da população aprovado pela Comissão Científica de AIDS chega ao requinte de ensinar como usar a camisinha:

*O uso da camisinha é um importante recurso na prevenção da AIDS. A melhor prevenção é a manutenção de relacionamento sexual mutuamente fiel, com um único parceiro. A redução do número de parceiros性ais diminui o risco de contrair o vírus da AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis. Em qualquer tipo de relação sexual, para evitar que o sangue, o esperma e outras secreções passem de um corpo para o outro é necessário usar a camisinha... A camisinha é uma capinha de borracha bem fina que serve para cobrir todo o pênis durante a relação sexual... Para usar a camisinha é fácil...*

Seguem-se detalhadas instruções para o uso da mesma, com orientação especial:

*Depois de gozar, retire o pênis quando ainda estiver duro. Quando o pênis começa a amolecer, a camisinha fica frouxa, permitindo que o esperma escape pela parte de cima, contaminando do mesmo jeito...*

A caracterização de uma epidemia e o aumento de casos de doentes e portadores do HIV identificados dentro do espaço social exige também a normatização do convívio social a partir da existência da AIDS. Repetição: o medo da morte permite regular a vida.

O programa de educação da população produz e divulga outro folheto específico: “E se o teste der positivo?” São indicados cuidados especiais para aqueles que já entraram em contato com o vírus da AIDS, bem como elaborados modos de relação social:

*Indivíduos com diagnóstico de AIDS podem conviver com pessoas saudáveis, sem risco de transmitir-lhes o vírus. Esse convívio pode ser normal, desde que o doente observe cuidados estritos de higiene e prevenção, a fim de se proteger, pois seu organismo está extremamente vulnerável e sujeito à infecções.*

A epidemia de informações que acompanha a disseminação da AIDS opera com o medo da morte; doença incurável e sem mecanismo específico de proteção, ela exige modulações da vida social que cristalizam o contrato social onde o direito de todos está acima do direito de cada um.

A circulação das informações sobre a doença, suas causas, seus modos de transmissão e as formas de prevenção e controle operam como claros instrumentos de disciplinização do social. A peste moderna espalha o medo e exige de cada um a estrita obediência às normas do bem viver. Morrer de AIDS é terrível.

A AIDS com seu vírus não visível aos olhos desarmados faz de todos e de cada um o portador perigoso que pode trazer a morte e a dor. Usa-se mesmo o *slogan* de que “quem vê cara não vê AIDS”. Exige-se da sociedade maior cuidado nas suas relações sexuais.

O ápice desta tirania científica acontece com a triste paródia do poeta Carlos Drummond de Andrade: “João, que amava Teresa, que amava Raimundo, que amava Rita, que amava Fábio, que morreu de AIDS”. Assim falava o Ministério da Saúde em 1988.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 542*, de 22 de dezembro de 1986, define a inclusão do elenco de doenças de notificação compulsória da síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) e da sífilis congênita.

–. *Recomendações para a prevenção e controle da infecção pelo vírus HIV (SIDA/AIDS)*. Brasília, 1987.

–. *Recomendações técnicas e aspectos éticos na AIDS*. Brasília, 1988.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. *AIDS: como combater*. São Paulo: Paris, 1988.

–. *AIDS: como combater*. São Paulo, 1989.

SÚMULA DOS SIMPÓSIOS SOBRE AIDS. *JAMB*, São Paulo: s/n, 1987, p. 1-5.

## A GENEALOGIA DA DISSEMINAÇÃO DAS PALAVRAS

---

A epidemia de AIDS que se inicia e se dissemina mundialmente na década de 1980 permite visualizar os diferentes lances no jogo de forças que se referem ao controle dos corpos e das populações. A morte enquanto perigo faz de cada um o espaço por onde fluem as forças que resultam na formação histórica de certo modo de controlar a vida.

A epidemia de informações que acompanha a difusão do vírus HIV e da doença AIDS estabelece o tecido de um contexto social específico onde são definidas as normas do homem se relacionar consigo mesmo e com os outros. Estratégia sinistra: exige de cada um a perfeita interiorização de todas as normas de viver para não morrer terrivelmente.

O Estado enquanto formação endurecida do exercício do poder assume o seu papel de mediar os fluxos de informação, exacerbando a potência do sistema de vigilância epidemiológica enquanto mecanismo permanente de controle das populações pelo olhar ortopédico da medicina.

Os médicos enquanto individualidades construídas nas sociedades modernas como os autorizados a regulamentar, controlar e punir a vida de todos, transformam-se eles próprios em agentes de tensão. Apesar de decidido *a priori* o seu lugar legítimo de legislador, não está bem caracterizado qual a melhor estratégia para disciplinar as sociedades contemporâneas descentradas na epidemia de AIDS.

A sociedade enquanto espaço por onde o vírus circula e se estabelece, vê em todos e em cada um o suspeito que pode trazer o perigo da morte dentro de si. O risco de morrer transforma-se em argumento para conter a anomia dentro da sociedade, para fazer de cada um o soldado obediente do combate à peste pós-moderna.

Exigindo de cada homem a disciplina de buscar e de ter prazer longe do vírus, a AIDS não pode simplesmente proibir. A doença do vírus HIV quer ensinar a todos a coisa certa, entra nos detalhes da vida cotidiana, invade os quartos, inclusive os dos motéis, para normatizar e dizer a todo o mundo que existe o sistema de vigilância. Amanhã você poderá ser testado e o vírus talvez esteja dentro de você: cuidado!

Exercendo coerção direta sobre determinados grupos sociais, a epidemia de informações da AIDS produz outra epidemia de contra-informações. Cada indivíduo discriminado ou excluído pelo mecanismo de vigilância produz o seu próprio enunciado de justificação, processo de defesa, lance no jogo das falas, relação de forças que se enfrentam.

No mundo descentrado da pós-modernidade, onde as grandes estruturas narrativas legitimadoras dos acontecimentos desmoronam como castelos de cartas, a AIDS ocupa o centro de uma epidemia de informações que por inclusão ou exclusão posiciona todos os indivíduos dentro da mesma ordem: a ordem da vida contra a morte enunciada pelo vírus HIV ameaçador.

Autoridades sanitárias, médicos, articulistas nos meios de comunicação, grupos de homossexuais, grupos de prostitutas, associações de hemofílicos, policiais, juízes, advogados, todos querem falar. A epidemia é também uma epidemia de querer produzir informação, de controlar os processos de comunicação, de usar a informação. Todos querem informar e se informar. É a sociedade produzida pela epidemia de informações a partir da AIDS e não a sociedade produzida pela AIDS.

As tensões a partir da AIDS começam no próprio processo de identificação do agente causal, presumivelmente um vírus, por se tratar de ser infectante de células do sistema imune. Os pesquisadores franceses do Instituto Pasteur, chefia-

dos pelo médico Luc Montagnier, disputam com a equipe norte-americana do médico Robert Gallo a honra de ter descoberto a terrível criatura.

Inicialmente os franceses batizaram o vírus de LAV e os norte-americanos de HTLV-III (The Human T Leukemia Lymphoma Viruses). A designação Human Immunodeficiency Virus (HIV) foi proposta por um Comitê Internacional para a Taxonomia dos Vírus como a mais apropriada para o retrovírus agente da AIDS.

A significação da AIDS na sociedade contemporânea pode ser aferida, entre outros acontecimentos, pelo fato de ter sido firmado um acordo entre franceses e norte-americanos para a criação de um programa comum de pesquisas. Este acordo teve assinatura dos Chefes de Estado dos dois países.

As hipóteses elaboradas para a própria origem do vírus da epidemia também tornaram-se tema de controvérsias e debates entre as autoridades sanitárias e os médicos. Várias teses apontam para a África como o ponto de origem da disseminação da doença. Outras ficções apontam para o resultado de uma manipulação genética, que teria acidental ou propositalmente produzido uma arma letal para eventuais guerras biológicas.

Em nosso país uma profunda cunha entre as autoridades sanitárias e médicas diz respeito a própria definição do caso de AIDS. Este dissenso diz respeito ao conceito do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo apoiada por sua Comissão de AIDS composta por especialistas: concepções distintas do fenômeno em sua representação e em sua interpretação.

As recomendações do Ministério da Saúde de 1987 citam entre os seus conceitos básicos os casos confirmados e os casos suspeitos. Os casos confirmados para efeito de notificação serão todos os indivíduos que apresentem doença pelo menos moderadamente indicativa de imunodeficiência celular, desde que sejam excluídas outras causas que não a infecção pelo HIV, e todos os indivíduos que evoluem para óbito de causa natural não esclarecida suficientemente para a exclusão de doença associada a infecção pelo HIV, com soropositividade para o HIV.

O caso suspeito para o Ministério será todo o indivíduo soropositivo para o HIV, que não se enquadra na definição de caso confirmado. Neste caso a identificação do agente viral situa o indivíduo como suspeito de ser caso de AIDS.

A segunda coletânea da Comissão de AIDS de São Paulo de 1989 sobre o combate a doença diz coisa diferente com referência a instruções para a vigilância epidemiológica no Estado de São Paulo, que tem especial significação pela concentração de casos naquele espaço regional.

Em relação aos casos confirmados devem continuar sendo usados os critérios do Ministério da Saúde. Entretanto, com relação ao caso suspeito a referida coletânea ressalva:

*Não usar a definição contida no citado manual do Ministério da Saúde. Rotular como caso suspeito o caso que apresentar sinais ou sintomas sugestivos de AIDS e que se encontra ainda em fase de investigação diagnóstica, de acordo com a abordagem clínica convencional. (1989:04)*

A coletânea refere-se ainda às situações que não devem ser notificadas, excluídas do espaço de controle:

*Os soropositivos assintomáticos, os com infecção aguda pelo HIV e os acometidos de síndrome linfoadenopática (grupos I, II, III). Solicita-se, somente, comunicação do número de indivíduos destas categorias em seguimento no SUS regional ou no serviço. (1984:04)*

Operando com critérios de notificação de casos diferentes, as estatísticas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e as do Ministério da Saúde passam a representar dois modos distintos de olhar para a epidemia. O Ministério toma como ponto de partida a detecção do vírus HIV.

A Comissão de AIDS de São Paulo, ao contrário, traz para a esfera privada do olhar da medicina clínica a definição dos casos suspeitos e confirmados. São os especialistas na tecnologia do olhar que estabelecem a forma da doença e não o teste sorológico para detecção do HIV. Manobra radical de defesa da sua própria autoridade sanitária, o critério médico de São Paulo modifica o modo de avaliar o valor da epidemia.

A preocupação dos médicos em produzir o seu próprio contexto de representação e de interpretação da doença tornou-se evidente nos simpósios sobre AIDS que a Associação Médica Brasileira realizou em abril de 1987 na cidade de São Paulo.

O regulamento define bem as regras do jogo: 1) Cada expositor irá desenvolver seu tema dentro do tempo que lhe foi concedido, sem prorrogação. 2) Das exposições deverão ser feitos resumos datilografados em espaço duplo no máximo em 90 linhas. 3) As perguntas (e os comentários que as justificam) serão encaminhados à mesa por escrito. 4) O coordenador receberá contribuições surgidas da assistência relacionadas com o tema, para posterior análise da Comissão Especial para Estudos e Prevenção da AIDS da AMB. 5) Do simpósio será feita uma súmula, reunindo as exposições datilografadas e entregues ao coordenador, pelos expositores, a qual será publicada no *Jornal da Associação Médica Brasileira* (JAMB).

Os temas dos simpósios sobre AIDS são os seguintes: 1) AIDS, imunologia e hemoterapia; 2) AIDS e infectologia; 3) AIDS, epidemia e prevenção; 4) AIDS: o papel do médico e dos profissionais de saúde; 5) AIDS: programas governamentais e papel dos meios de comunicação.

Os locais em que se realizam os simpósios também são citados, porque expressam a preocupação em produzir a fala padronizada da medicina a partir dos chamados centros de excelência: Escola Paulista de Medicina, Hospital Emílio Ribas, Santa Casa de São Paulo, Hospital do Servidor Público Estadual e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

No encerramento do último simpósio o coordenador Amato Neto, titular da disciplina de moléstias infecciosas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, enaltece a promoção da AMB, no sentido de assumir o problema, e aponta como soluções para o controle a educação e o esclarecimento. Amato Neto destaca que a AIDS tem por efeitos a melhoria da vigilância epidemiológica, o progresso da virologia e a cobrança por parte da comunidade em relação à qualidade dos serviços dos bancos de sangue.

O *Jornal do Conselho Regional de Medicina de São Paulo* de setembro/outubro de 1987 publica uma série de trabalhos com o objetivo de:

*... fornecer subsídios para que os colegas se aprofundem no conhecimento das características da síndrome e dos aspectos éticos e legais envolvidos na manipulação do paciente infectado e na proteção do indivíduo sadio.* (1987:01)

O CREMESP elabora texto específico sobre a sorologia de AIDS, dizendo que o médico de empresa deve guardar sigilo:

*Tendo em vista o fato de os elementos soropositivos serem funcionários de uma empresa, especial cuidado deverá ter o médico na tutela das informações de que dispõe, impedido que está de fornecê-las a quem quer que seja sem a anuência expressa dos pacientes, em especial tratando-se de médico do trabalho em relação ao seu empregador. Com relação a comunicação à autoridade sanitária, cumpre-nos informar que, no âmbito do Estado de São Paulo, a notificação compulsória é exigida nos casos confirmados de AIDS; não se impõe, portanto, em face daqueles que são somente portadores do HIV ou de anticorpos anti-HIV.* (1987:03)

O jornal do CREMESP traz ainda documento reproduzindo a palestra realizada pelo seu presidente, o infectologista Guido Levi, referente a “Sigilo Médico na AIDS – Aspectos Médicos e Legais”, que teve a participação do jurista Walter Ceneviva.

Levi conta que no começo da epidemia, assim como toda a população ficou assustada, também os médicos ficaram. Diz mesmo que houveram reações histéricas, em parte por desinformação, em parte por preconceitos sociais. Diz mais: aconteceram vários casos de médicos que se recusaram a dar atendimento aos pacientes com AIDS.

Em relação ao atendimento do paciente com AIDS Levi recomenda as normas:

*Não é permitido ao indivíduo que é assalariado em uma instituição que presta assistência médica a pacientes com doença, ou*

*simplesmente a pacientes infectados, não doentes, recusar atendimento a estes pacientes. Ele pode recusar como profissional liberal, no seu consultório, desde que não haja situação de urgência ou risco de vida. Como assalariado de uma instituição, o médico pode ser submetido a processo ético e administrativo, se recusar esse tipo de atendimento... (1987: sp.)*

O aspecto do sigilo da informação indicadora do estado de portador do vírus HIV ou de doente de AIDS abre tensões, por exemplo, a indivíduos que podem com maior probabilidade transmitir o vírus. Levi admite o conflito:

*Em relação à infecção comprovada em indivíduos que têm alto risco de transmissão para outros, como nos casos de indivíduos que exercem a prostituição, o nosso ponto de vista é de que aí realmente há necessidade de o médico romper o sigilo. Ele deve comunicar aos órgãos públicos, à Secretaria de Saúde e essa Secretaria tem condições de exercer uma ação efetiva, até policial nesses casos. É um direito que lhe é dado pela legislação... (1987: sp.)*

Levi confessa os seus motivos para defender o sigilo diante de muitas outras situações:

*Em primeiro lugar porque a ética médica assim o exige, mas em segundo, porque esta é uma maneira de contarmos com a colaboração dos indivíduos potencialmente infectados. Todas as vezes que se tentara tomar medidas contra indivíduos pertencentes a grupos de risco, eles se retraíram, passaram a não procurar mais os serviços de saúde do Estado ou particulares e o número de diagnósticos feitos passou a ser menor e, com isso, o número de orientações e aconselhamentos também passou a ser menor e a infecção se espalhou mais na comunidade. (1987: sp.)*

O controle do fluxo da informação que indica o conhecimento da situação de portador do HIV ou de doente de AIDS faz parte da estratégia de controle de toda a sociedade em função da existência da epidemia. A maior eficácia do exercício de vigilância disciplinar está associada ao recorte claro daqueles que estão autorizados a produzir, fazer circular e receber a informação: os médicos.

É interessante destacar uma intervenção do jurista Ceneviva em relação ao sigilo médico no âmbito da esfera do mundo do trabalho, decorrentes do chamado poder de comando da empresa:

*A relação entre o médico e a empresa é uma relação pura de emprego... Do ponto de vista do direito do trabalho o médico contratado, que tenha ciência da adoção dos testes sorológicos, e optar por continuar a trabalhar, estará sujeito às regras da disciplina. Terá de revelar, também ao seu patrão a existência da moléstia se a descobrir ou se o laboratório a revelar no relatório dos testes... seria inteiramente incongruente e uma contradição em si mesma que pudesse arrogar-se o direito de omitir do seu patrão, que o remunera e que pagou o teste, a informação positiva, embora vá provocar a não contratação do candidato ou a demissão do empregado doente. (1987: sp.)*

Em outubro de 1987 foi realizada a II Jornada Paulista de Ética Médica, que teve entre os seus temas de debate “Ética Médica e AIDS”: discriminação do aidético, atenção médico-hospitalar do aidético, responsabilidade do médico na equipe multiprofissional e sigilo médico. Nos relatórios da II Jornada o médico Paulo Roberto Teixeira denuncia a sofisticação das estratégias disciplinares a partir da AIDS:

*É uma observação absolutamente corrente os serviços médicos, estarem se prestando a detectar indivíduos infectados nas empresas, sem o conhecimento do indivíduo, com a transmissão do resultado não para o paciente, mas para a empresa, que o utiliza via de regra para uma demissão. (1987: encarte)*

Outro acontecimento relevante no processo de disseminação da AIDS diz respeito a criação de um hospital dedicado exclusivamente para pacientes com AIDS: o Hospital Emílio Ribas II. O médico Caio Rosenthal comenta o fato:

*Em janeiro de 1986 a Secretaria de Saúde houve por bem montar um hospital onde pudesse atender todos os inúmeros casos de doentes que precisavam ser internados. A forma como esse hospital foi montado foi bastante criticada na época... em setem-*

*bro nos reunimos e soltamos o primeiro documento-renúncia à população e nesse documento constavam todas as precariedades, todas as necessidades básicas do hospital... O resultado desse documento foi que injetaram mais médicos no hospital... Em janeiro de 1987 nós lançamos o segundo documento-renúncia, com as mesmas reivindicações. O resultado disso é que nos foi dado um adicional de 25% sobre o salário-base... Em julho de 1987 nós declaramos o estado de calamidade pública do hospital... depois de agosto desse ano, a greve que nós fizemos no Hospital Emílio Ribas II. O estopim foi a retirada daqueles 25% de adicional que recebíamos... A solução encontrada foi o fechamento do Hospital Emílio Ribas II, da mesma forma atabalhoadas como ele foi montado... O Hospital Emílio Ribas I passou então a atender todos os casos de AIDS... (1987: encarte)*

A médica Silvia Bellucci comenta o enfraquecimento da ciência médica como produtora de uma informação autorizada:

*Desde o começo a AIDS sempre pareceu, e a gente tem certeza disso, que ela é uma coisa que passa pelo emocional e não pelo racional. O que a AIDS coloca é: não como profissional, mas como gente, diante da sexualidade, religião, enfim, diante de questões morais. Então, de repente, o médico se torna a única fonte de segurança, quer dizer, a técnica, o conhecimento científico, na verdade, é a única segurança que a equipe multiprofissional tem, de que pode trabalhar dentro de parâmetros, e se descontrair um pouco e ficar um pouco mais aberta às questões da AIDS, que são extremamente complicadas. (1987: encarte)*

Em dezembro de 1987 organizou-se amplo debate com representantes da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP), Delegacia Regional do Trabalho (DRT), Faculdade de Direito da USP, Departamento Intersindical de Saúde do Trabalhador (DIESAT), Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT), bem como membros da assessoria jurídica do Conselho Regional de Medicina de São Paulo.

O tema do debate esteve centrado na realização de testes sorológicos para o HIV nos exames admissionais das empresas. É necessário destacar que o documento elaborado a partir deste debate se refere em várias oportunidades ao “consenso geral” em torno das definições elaboradas.

Entre aquilo que se diz de “consenso” o Conselho Regional de Medicina destaca que: o documento elaborado pelo Ministério da Saúde é o que mais se aproxima daquilo que é reivindicado pelas entidades médicas ligadas aos trabalhadores. Foi consenso entre os representantes das entidades médicas que o médico do trabalho não deve compactuar com a situação, deve manter o sigilo profissional e jamais dar a conhecer à empresa o diagnóstico do paciente. Foi consenso geral que o instrumento principal para se conter a doença é a realização de uma ampla campanha de esclarecimento, a promoção de discussões periódicas sobre o problema e que se elabore algum instrumento legal que possibilite aos médicos garantir o sigilo profissional.

Ainda em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Ética Médica, na cidade do Rio de Janeiro, com 240 delegados representando os 137 mil médicos do Brasil com a tarefa fundamental de elaborar o Código de Ética Médica, a partir de um projeto de resolução feito pelo Conselho Federal de Medicina e discutido em todo o país.

O Código de Ética Médica aprovado na Conferência recebe a homologação em sessão plenária do Conselho Federal de Medicina, através da Resolução nº 1.246/88:

*A medicina, enquanto profissão, tem por fim a promoção, preservação e recuperação da saúde, e seu exercício é uma atividade eminentemente humanitária e social. É missão do médico zelar pela saúde das pessoas e da coletividade, aliviar e atenuar o sofrimento de seus pacientes, mantendo o máximo de respeito pela vida humana, não usando seus conhecimentos contrariamente aos princípios humanitários. (1988:8)*

O Capítulo 9 do Código de Ética Médica trata exclusivamente do segredo médico. O artigo 102 veda ao médico:

*Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente... a) Mesmo que o fato seja de conhecimento público ou que o paciente tenha falecido. b) Quando do depoimento como testemunha. Nesta hipótese o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento.* (1988:23)

O artigo 105 faz referência ao papel do médico nas relações entre empresa e empregado:

*É vedado revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.* (1988:24)

O Conselho Regional de Medicina de São Paulo elabora parecer específico sobre “AIDS e Ética Médica”, em plenária realizada em 3 de maio de 1988, a partir de elaboração do conselheiro Antonio Ozório Leme de Barros, em colaboração com o presidente do CREMESP Guido Levi. O parecer se refere a cinco temas principais: AIDS e discriminação, relação médico-paciente, AIDS e instituições, AIDS e medicina do trabalho e AIDS e pesquisa.

Em relação a discriminação a partir da AIDS o CREMESP esclarece:

*Não há fundamento científico na conduta que preconiza a segregação dos chamados grupos de risco como forma de controlar a doença. Todos os trabalhos que têm sido produzidos apontam para a necessidade de se obter do paciente infectado pelo vírus da AIDS, sobretudo, a colaboração e ter para com ele respeito e consideração. Somente assim, compreendendo-se na medida do possível a enorme variedade de fatores que presidem, no plano existencial, afetivo e social, e as relações entre cada indivíduo e o mundo que o cerca, pode-se obter uma situação favorável ao encaminhamento adequado das alternativas de abordagem dos problemas que surgem em função da doença.* (1988: encarte)

Em relação ao paciente o CREMESP orienta o médico no sentido de informar amplamente o mesmo acerca de suas condições e perspectivas, a fim de que possa exercer plenamente o direito de tomar decisões pessoais, incluídas aquelas que dizem respeito ao seu bem-estar. Enfatiza-se ainda para o cuidado ao revelar o resultado de exames ao paciente, assegurando-se de comprovações antes de dar qualquer informação que lhe possa causar sofrimento desnecessário.

Em relação ao sigilo profissional o parecer do CREMESP bate na mesma tecla:

*Aquilo que pertence à esfera da intimidade de cada um de nós, assim deve permanecer, a não ser que seu titular não o deseje. O segredo médico, portanto, é a proteção de que dispõe o paciente para que nada de estritamente pessoal chegue ao conhecimento de terceiros sem sua anuência. (1988: encarte)*

No âmbito da medicina do trabalho há menção especial ao sigilo médico nas recomendações do CREMESP:

*... aquele referente à informação devida pelo médico ao empregador. Alguns destes, acreditando ter este direito, têm exercido pressão sobre os médicos de suas empresas a fim de que lhes sejam fornecidos nomes de funcionários soropositivos... Tal fato configura ilicitude por se constituir em invasão indevida da esfera da privacidade de outrem; o médico que, cedendo a tais pressões, concede estas informações, viola, nessas circunstâncias, o sigilo profissional, posto que este procedimento não configura nenhuma das hipóteses de exclusão da ilicitude (legítima defesa, estado de necessidade, estrito cumprimento do dever legal ou exercício regular de direito). (1988: encarte)*

Em maio de 1988 trava-se intensa discussão em torno do projeto de lei que dispõe sobre atividades hemoterápicas, define a responsabilidade dos órgãos e agentes que as executam, institui estímulos à doação de sangue e concede isenção do imposto de importação.

Este projeto de lei após sua aprovação será conhecido como Lei Henfil, por tratar da regulamentação das transfusões de sangue e derivados e o cartunista Henfil, sendo hemo-

filico, ter sido uma das vítimas mais tristemente famosas da AIDS no Brasil. Após muitas pressões o projeto sofre reparos de duas comissões criadas para estudar os aspectos de hemoterapia e os aspectos referentes a direitos previdenciários e trabalhistas do portador de AIDS.

Em relação aos direitos do portador do HIV ou doente com AIDS a Comissão sugere a proibição da dispensa de empregado soropositivo ou paciente com AIDS sem justa causa e a proibição de testes sorológicos anti-HIV nos exames pré-admissionais e periódicos.

A comissão dos direitos do portador reafirma o Código Penal (Decreto-Lei nº 2.848) de 7 de dezembro de 1940:

*Artigo 269 – Deixar o médico, ou qualquer profissional que atue na área da saúde, de denunciar a autoridade pública doença cuja notificação é compulsória. Pena – Detenção, de um a três anos, e multa. (apud MS, 1988)*

A epidemia de AIDS organiza uma ordem nas relações sociais por efeito do modo de como a medicina representa a doença e como tenta controlá-la. A AIDS no contexto da doença e como tenta controlá-la. A AIDS no contexto da medicina está associada às relações sexuais, ao uso de seringas, especialmente por drogadictos, e às transfusões sanguíneas.

A magnitude da AIDS como elemento em torno do qual se normaliza e se normatiza a vida dos homens pode ser avaliada, em termos de ordem social, pelo fato da Constituição promulgada pelo Congresso Nacional em outubro de 1988 fazer referência a proibição da comercialização de sangue e seus derivados, resultado da pressão social para o controle dos bancos de sangue.

A disseminação da AIDS invade o espaço social, a ponto do Conselho Regional de Medicina de São Paulo publicar em janeiro de 1989 um parecer referente ao médico aidético. O Conselho se esquia de se posicionar claramente. Por um lado, afirma que não existe obrigatoriedade de afastamento do médico ou de outro profissional da saúde de suas atividades se for portador da AIDS.

Por outro, diante do que denomina “grande trauma ocasionado pela AIDS”, o CREMESP diz que não seria adequado o médico ou outro profissional de saúde, contaminado pela AIDS, permanecer manuseando pacientes, principalmente se estes já apresentarem outras deficiências que os tornem mais vulneráveis a adquirirem a infecção.

Por fim, o parecer do CREMESP tenta equacionar o direito do médico aidético enquanto trabalhador e o direito do paciente:

*... deverá, por decisão pessoal, procurar não realizar atos de contato direto com o paciente, dirigindo suas atividades a setores da medicina que não envolvam o manuseio de pacientes. A seus superiores hierárquicos, dentro da consideração e solidariedade que merece, cabe orientar e oferecer as oportunidades para que continue a exercer sua profissão com dignidade em áreas compatíveis com sua situação. (1989: sp.)*

A epidemia de AIDS torna-se poderoso elemento regulador de múltiplas tensões sociais, a partir da disciplinarização do sexo, das drogas, das prisões, dos serviços de saúde, da própria medicina. A AIDS se torna ponto a partir do qual se ergue a construção do tecido social disciplinado e vigiado.

Os meios de comunicação de massa entram no processo de disseminação do discurso médico a partir da AIDS, abrindo espaço para especialistas, autoridades sanitárias e porta-vozes de grupos de interesses específicos. O tema em torno do qual gravitam as informações é o mesmo e existe o acordo de que o contrato social deve ser estabelecido para evitar a morte terrível.

A *Folha de S. Paulo* passa a publicar artigos assinados sob o título “Saúde” no seu caderno de “Cidades”, onde se revezam especialistas emitindo opiniões que muitas vezes entram na esfera do mundo moral. O vínculo com instituições renomadas autoriza médicos a virem ao espaço social para ditar as formas de viver.

Scheinberg opina sobre quem deve ser testado com a sorologia para a identificação do HIV:

*... não acreditamos que recomendar o uso em massa do teste levará a bons resultados. Somos também de opinião contrária à realização do teste por conta própria... O teste para AIDS deve ser feito a pedido médico, interpretado por profissional especializado e a liberdade pessoal deve ser protegida na batalha contra a AIDS. O teste não deve ser feito em segredo ou de forma anônima e nem obrigatoriamente. (25 set. 1987: A-10)*

Amato Neto após expor informações autorizadas reproduzidas do relatório da Comissão de AIDS de São Paulo, manifesta a sua preocupação em artigo assinado:

*O HIV é cego, surdo, mudo, agressivo, avassalador e mau. Confrontar doutrinas e sentimentos íntimos com desideratos médico-sanitários válidos é procedimento desastroso. Repressão sexual difere da obediência a preceitos preventivos, que nada conturbam o verdadeiro e sadio amor. Por fim, creio que o conflito entre os direitos social e coletivo só é solucionável por meio de consenso, sem imposições isoladas, emocionais, carismáticas, promocionais ou plenas de personificações. (01 set. 1987: A-10)*

Cabe destacar a forma como a *Folha de S. Paulo* apresenta Amato Neto ao final do artigo:

*Médico, superintendente do Hospital das Clínicas (SP), professor-titular e chefe do Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da USP e diretor do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo. (01 set. 1987: A-10)*

Este artigo apresenta estatísticas referentes aos modos de transmissão do HIV no Brasil, que dão suporte para Amato Neto afirmar:

*... com as presentes ponderações desejo acima de tudo contestar argumentações de homossexuais, bissexuais, entidades que congregam essas pessoas e determinados indivíduos que buscam notoriedades ou vantagens por intermédio da AIDS, segundo a qual a enfermidade não é mal vinculado à sexualidade... Caso homossexuais, bissexuais e associações que os congregam insistam em não cooperar, impedindo a disseminação da AIDS, interpreto como válida a cobrança, por parte da comunidade*

*não envolvida na transmissão, dos enormes gastos exigidos à abordagem da enfermidade, cabendo aos grandes veiculadores do HIV e aos órgãos nos quais uniram-se, os volumosos dispêndios necessários.* (01 set. 1987: A-10)

A morte do sociólogo Éder Sader com AIDS, faz Flores-tan Fernandes acusar a omissão criminosa no controle e na prevenção da AIDS:

*... ergue de novo o véu do caráter criminoso da omissão estatal. Os males crescem, se ramificam e se multiplicam, mas as provisões permanecem na estaca zero. Um Estado que é repressivo e fisicamente assaltante revela-se inoperante... Os serviços públicos são sucateados, entregues à miséria do erário e à distorção da mentalidade política oportunista e demagógica... sinto escrúpulo em aproveitar a morte de um amigo e companheiro político para denunciar um fato cruel e maldito. O mesmo sentimento me toucou quando escrevi sobre Henfil... E os outros? Os que não são ninguém?... Torna-se viável agitar a bandeira da indignação e mostrar a irresponsabilidade dos detentores do poder...* (31 maio 1988: A-20)

Em outra oportunidade Amato Neto opina sobre a disseminação da AIDS e a legislação, especialmente os aspectos referentes a seguridade social:

*Há pouco a Comissão de AIDS do Ministério da Saúde encarou a matéria para estipular subsídios orientadores. O relator escolhido com o fito de propor procedimentos revelou descomunais paternalismo e protecionismo no que tange aos infectados e aos aidéticos, sugerindo benefícios fora do comum, quase que inéditos. Felizmente, os trabalhos decorreram sob espírito bem construtivo e apontaram medidas tradutoras de termo mais conveniente e moderado. Julgo que não basta revelar comiseração para os agredidos pelo HIV e aidéticos. É imperioso embutir nas recomendações elementos coercitivos e sensibilidade para com os desígnios produtivos dos empregadores... De minha parte, tenho convicção de que complacência desmensurada, nesse campo, pura e simplesmente poderá arruinar a previdência social, diante da dimensão que a AIDS assumirá...* (07 jul. 1988: C-2)

A ferocidade verbal de Amato Neto atinge o ápice com o artigo denominado “Achistas, oportunistas e outros istas no contexto da AIDS”. O texto se refere ao prejuízo no controle da AIDS pela ação de pessoas que, segundo ele, influem conforme composturas impróprias, defendidas pela valorização de personalismos que se contrapõem aos bons designios da saúde pública, aos quais rotula como achistas, bundistas e oportunistas. Amato Neto comenta sobre cada grupo:

*Achistas – são os que procedem conforme as normas do achismo, conduta baseada na extrema valorização de caprichos e impressões pessoais não apoiadas pela lógica ou documentação científica... Se levarmos em conta que, hoje só podemos combater a AIDS recorrendo à educação e à informação corretas... torna-se patente a imprópria influência dos achistas, que conturbam... exigindo correções, desmentidos e retorno às justas diretrizes...*

*Bundistas – são os membros da confraria denominada bundismo, que praticam, exaltam e recomendam o coito anal. Independente de configurações morais e de outras naturezas acadêmicas e doutrinárias, está sobejamente provado que tal preferência significa extremo risco de contaminação... Basta dizer que o coito anal envolve enorme perigo e precisa ser destacado como hábito não recomendável no âmbito da saúde pública...*

*Oportunistas – são os que, vergonhosamente, decidiram tirar proveitos de diversos tipos de cobrança por palestras elucidativas, prestação de assessoria e aquisição de clientela que documentam o aproveitamento indevido, por vezes ilícito e imoral, ou representativo da esperteza que se vale do estado de espírito da comunidade... No bojo destes comentários vale citar que conheço médicos que se comportam como gurus de homossexuais e toxicômanos, para angariar simpatia, e, consequentemente, recrutar novos clientes... Em São Paulo exerce atividades pelo menos uma soberana. É a rainha da bicharada, ardente difundidora do achismo, do bundismo e do oportunismo... (30 ago. 1988: C-2)*

Em outro artigo Amato Neto critica a proliferação de eventos sobre AIDS:

*Expressivos avanços científicos não ocorrem a cada dois ou três meses, no ritmo com que acontecem as mencionadas reuniões, plenamente satisfatórias para interesses comerciais... Disseram-me que só a OMS gastou 3 milhões de dólares em encontro há pouco desenvolvido no Canadá. Órgãos governamentais compõem representações numericamente exageradas e, sem dúvida, estipuladas freqüentemente com base em privilégios. Faltam meios para que alguns abnegados lutem contra a AIDS, usando coerência, bom senso, respeito às diretrizes irrecusáveis e aos conhecimentos científicos... Não obstante, deparamos com liberalidades dignas de repreensão, que subtraem as verbas aplicáveis com maiores prioridades e produtividades.* (05 nov. 1989: D-6)

Os meios de comunicação de massa são veículos privilegiados da epidemia de informações no espaço social. A origem do vírus, vacinas, drogas antivirais, testes poderosos, pacientes famosos, discriminação: qualquer coisa referente a AIDS ganha espaço nos jornais, no rádio e na televisão. Todo mundo quer saber da doença que mata para viver com segurança.

As manchetes falam por si: “Cientistas descobrem elo perdido do vírus da AIDS em chimpanzés”, “EUA desperdiçam verbas em pesquisas de AIDS”, “Pesquisas em AIDS trazem genética do futuro”, “Americano quer barrar a reprodução do vírus”, “Francês tenta aumentar resistência do corpo”, “Drogas surgem de estudos sobre o ciclo do HIV”, “Vírus mutante indica terapia contra AIDS”, “Várias doenças virais estão associadas à AIDS”, “Organismo afetado destrói a si mesmo”, “AZT falha em evitar a doença”, “Droga DDI suprime o vírus em testes”, “Médicos eliminam pela primeira vez vírus da AIDS”, “Anticorpo contra AIDS leva até três anos para surgir”, “AIDS pode demorar até 15 anos para se manifestar, diz estudo”, “Fim da década abre caminhos para tratar AIDS”.

Os meios de comunicação de massa mostram que, se por um lado, a medicina está regulando e vigilando a vida de cada um com informações disciplinares, por outro, ela está também buscando elaborar as suas armas tradicionais: as vacinas para proteção específica, as drogas contra o vírus, testes sorológicos cada vez mais sensíveis e específicos.

Cabe destacar a reportagem de capa da *Folha de S. Paulo* em maio de 1990, quando da visita do médico pesquisador norte-americano Robert Gallo ao Brasil, durante o II Congresso Latino-Americano de Imunologia. Diz a manchete: “Descobridor do vírus da AIDS se diz menos otimista com remédio”. Gallo fala do seu próprio trabalho de pesquisa:

*Meu interesse pessoal é descobrir uma vacina e explicar com mais detalhes o sarcoma de Kaposi... As pesquisas com vacinas não estão limitadas ao modelo com macacos. O problema é que o macaco não fica doente e aí está a dificuldade em responder... Eu me oponho veementemente ao uso de vírus inteiro inativado para uma vacina preventiva em pessoas não-infectadas. Alguém pode cometer um erro durante a produção da vacina. Já aconteceu antes, vai acontecer de novo. O que se pode fazer com o vírus pode ser feito de maneira mais inteligente com pedaços do vírus... Ninguém resolveu o problema da variação do vírus. Na história da virologia, nunca houve uma vacina de sucesso contra vírus que tinha variação. Na AIDS um sucesso parcial não seria suficiente... (07 maio 1990: C-1)*

A mesma reportagem cita: “Cientistas disputam paternidade do HIV”. Após se reportar a disputa entre Gallo e o francês Montagnier, o texto aponta para o aspecto central do acordo entre os dois:

*O acordo prevê a divisão dos direitos sobre os testes sanguíneos de AIDS entre os dois pesquisadores: Luc Montagnier, do Instituto Pasteur de Paris, e Robert Gallo, do Instituto Nacional de Saúde em Maryland. (07 maio 1990: C-1)*

Cabe citar Chauí no seu texto sobre o discurso competente disseminado no espaço social:

*A invasão dos mercados letRADOS por uma avalanche de discursos de popularização de conhecimento não é signo de uma cultura enlouquecida que perdeu os bons rumos do bom saber: é apenas uma das manifestações de um procedimento pelo qual a ilusão coletiva de conhecer apenas confirma o poderio daqueles a quem a burocracia e a organização determinam previamente como autorizados a saber. (1980: 13)*

Na edição de domingo, 22 de fevereiro de 1987 a *Folha de S. Paulo* trazia um encarte de oito páginas: “Tudo sobre AIDS”. Na primeira página um gráfico mostra “a escalada do medo”: em dezembro de 1985 50% temiam a doença e “agora” 64% temem a doença.

A chamada de capa atesta: “Risco de morte certa muda vida das pessoas”. Entre os 64% que têm medo as razões mais argumentadas foram: ser fatal, incurável e medo da morte; é contagiosa e medo da doença; sofrimento, falta de assistência e discriminação. Entre os 36% que afirmaram não temer a doença as razões foram as seguintes: não ser do grupo de risco ou homossexual; tem cuidado e é bem informado; monogâmico.

A pesquisa realizada pelo Data Folha mostra que os homens (66%), a população até 40 anos (68%) e os solteiros (69%) são os segmentos que mais temem contrair a doença. A pesquisa indica ainda a mudança de hábitos, principalmente relacionados ao comportamento sexual. A mudança mais acentuada diz respeito a introdução do uso de preservativos. A taxa de uso de preservativos de borracha (camisinha) entre os jovens paulistanos passou de 6% em dezembro de 1985 para 27% em fevereiro de 1987, e entre os homossexuais de 17% para 49%. Apesar disso, a pesquisa indica que apenas 20% dos entrevistados afirmava ter mudado seu comportamento sexual por causa da AIDS. Entretanto, a taxa de jovens paulistanos masculinos que têm relações sexuais com prostitutas caiu de 52% para 18%.

Uma pesquisa do Centro de Referência e Treinamento de AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo realizada em 1989 tenta estabelecer comparação entre o nível de informação relativa à AIDS e à sífilis. Enquanto 70% sabia da transmissão sexual da AIDS, apenas 27% sabia do mesmo em relação a sífilis. Além disso, enquanto 50% usava o preservativo como meio de prevenção da AIDS, apenas 22% fazia o mesmo para prevenir a sífilis.

O medo da doença e dos estigmas que ela acarreta faz com que haja temor até mesmo de ser suspeito, de entrar nos chamados grupos de risco e de ser testado sorologicamente. Ouvir do médico que não se está com AIDS e sim com sífilis,

por exemplo, passou a ser alívio para muitos. O efeito mais perverso da epidemia de informações a partir da AIDS está na generalização das normas de conduta que ela preconiza e na internalização dos valores que ela acentua.

Mecanismo complexo de controle social a vigilância epidemiológica na AIDS não precisa do vírus e da doença para ameaçar. O caso de um doador de sangue voluntário atesta o processo:

*Favor entrar em contato porque constatamos irregularidades em seu exame de sangue... Senti medo: irregularidades poderia ser AIDS... No dia seguinte logo cedo liguei para o hospital e fui informado que nenhuma informação poderia ser dada por telefone. Argumentei que a ansiedade era muito grande, que há uma epidemia de AIDS no mundo e que tinha o direito de saber o que estava acontecendo. Passara a noite em claro, fazendo planos para tornar o meu fim o menos traumático possível... Aí inventei uma história para ser atendido pelo diretor do hospital. Assim que ele entrou na linha, me identifiquei e contei minha história: essa carta do seu hospital está me deixando louco. Ele me pediu 10 minutos. Aos nove minutos liguei de novo. Ele me perguntou se eu estava com medo da AIDS. Claro, respondi. Ele explicou: você não tem nada disso, apenas foi detectado anticorpo de hepatite B no seu sangue, apenas não pode doar sangue... A idéia da AIDS estava tão arraigada que demorei para comemorar a boa nova. É verdade que a má nova nunca existiu, a não ser uma carta mal redigida e na cabeça de alguém que descobriu que a AIDS causa muito medo. (26 ago. 1990: C-5)*

A epidemia de informações a partir da AIDS não opera com o processo de interdição das orientações e dos comportamentos, mas orienta-se muito mais no sentido de autorizar modos de ser e agir, considerados mais seguros para o controle e a prevenção da doença. O estímulo ao uso de preservativos de borracha (camisinhas) deve ser entendido neste contexto.

Epidemia mundial, exercício de poder e produção de informação, eventualmente com criatividade. Na Noruega um

filme joga com as letras AIDS. O “I” começa a se mexer, dá risadinhas, faz a corte e se aproxima do “A”. O namoro prossegue, as perninhos do “A” acabam abrigando o “I” e eles têm uma relação sexual. No fim, quando os dois se recompõem e o “I” volta ao seu lugar, uma camisa-de-vênus aparece e se encaixa nele. O texto explica que as pessoas devem ter cuidado ao escolher seu parceiro e procurar apenas um, mas que o perigo de ser infectado é consideravelmente reduzido com o uso da camisinha.

No Brasil a Igreja Católica através da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) se posiciona contrária às campanhas de uso da camisinha. Diz o presidente da CNBB:

*Não há motivo para se apoiar uma campanha de prevenção da AIDS que faça o aconselhamento do uso da camisinha como forma de se evitar o contágio sexual... O mais importante é dar destaque a educação da população, no sentido de que faça uso ordenado do sexo dentro da vida conjugal, evitando relações ilícitas. (06 fev. 1988: C-1)*

A partir desta campanha a procura por preservativos de borracha nas farmácias de São Paulo aumenta a cada dia. A indústria Johnson & Johnson, fabricante da marca mais conhecida (Jontex), informa que o mercado cresceria 45% no ano de 1987.

Em 27 de novembro de 1989 entra no ar uma campanha do Ministério da Saúde, tendo como tema único a camisinha. O filme mostra cenas curtas das manifestações dos estudantes chineses, das mães da Praça de Maio na Argentina, dos sem-terra no Brasil, dos índios e dos comícios das diretas-já. No final aparece um grupo de jovens gritando “camisinha” e empunhando cópias do preservativo presas em hastes. A locução faz a mensagem: “Mais uma vez a gente vai ter que resolver as coisas no grito. Este grito de alerta pode ser seu grito de liberdade”.

Em janeiro de 1990 a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo entra com pedido na Secretaria Estadual de Defesa do Consumidor para que sejam feitos testes em todas as marcas de preservativos vendidas no Brasil. O estudo deveria ser-

vir para orientar a compra de 6,5 milhões de preservativos a serem adquiridos pela Secretaria Municipal. O coordenador do programa de AIDS argumenta que o preservativo é o único meio de evitar o contágio com o vírus da AIDS na relação sexual, e que não adianta recomendar preservativos que es-touram.

Pouco tempo depois uma empresa anuncia a produção de preservativo de borracha 100% reforçado para o sexo anal. A existência de um similar no mercado norte-americano e as exigências do mercado são os motivos que levam a empresa a investir nesta produção. Grupos de homossexuais e prostitutas recebem doações do produto.

A partir da distribuição gratuita das camisinhas pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo detecta-se o ou-trô lado do processo social: “Constrangimento limita a distri-buição gratuita de camisinhas em São Paulo”. O medo de ser identificado com os grupos, comportamentos e orientações ditas de risco constrangem a procura pelos preservativos de borracha. Inicialmente só os corajosos procuram os pontos de distribuição.

Outra face da AIDS diz respeito aos casos entre os usuá-rios de drogas endovenosas, especialmente a cocaína. Nos EUA cerca de 50% dos jovens que experimentaram drogas começam com o uso de cocaína. No Brasil não existem es-tísticas, mas uma amostra do grupo interdisciplinar de estu-dos de alcoolismo e farmacodependências do Hospital das Clínicas de São Paulo indica que, entre as pessoas que procu-raram assistênciia, cerca de 20% usaram cocaína por via endo-venosa. Destes, 50% apresentaram sorologia positiva para o vírus HIV.

Os indicadores mundiais e do Brasil mostram que au-menta rapidamente o número de casos novos entre os usuários de drogas injetáveis. No Brasil (entre janeiro de 1980 e outubro de 1989) foram notificados 9.003 casos de AIDS e destes 1.191 casos (13,2%) foram entre consumidores de drogas injetáveis.

Em março de 1988 começa em Nova Iorque (EUA) a distribuição gratuita de seringas para dependentes de drogas

endovenosas. O objetivo é conter a disseminação do vírus HIV entre os cerca de 250 mil usuários da cidade. Após vencer a resistência das autoridades policiais, faz-se um experimento controlado entre dependentes selecionados das clínicas de tratamento de heroinômanos.

A Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iorque comenta a distribuição de seringa:

*Normalmente, as autoridades acreditam que distribuir seringas gratuitamente é uma forma de capitular na guerra contra as drogas... Entretanto, a maior incidência tanto de viciados em drogas endovenosas quanto de aidéticos ocorre justamente nos 19 estados onde a venda de seringas sem receita médica é proibida... (14 dez. 1989: D-4)*

A manchete da *Folha de S. Paulo* anuncia a chegada da estratégia ao Brasil: “Policia aprova distribuição de seringas em SP”. Há uma curta referência ao fato de o delegado-chefe da Delegacia de Repressão a Entorpecentes da Polícia Federal considerar a distribuição uma medida acertada.

Em novembro de 1989 a Secretaria de Higiene e Saúde de Santos (litoral de São Paulo), começa o programa de distribuição de seringas para usuários de drogas da cidade. O objetivo é evitar a disseminação da AIDS, que tem a maior incidência proporcional da doença no país: 81,6 casos por 100 mil habitantes. Os usuários de drogas representam 44,8% dos aidéticos do município.

O coordenador do programa de AIDS de Santos fala da distribuição de seringas e agulhas:

*Os drogados somente receberão novas seringas e agulhas mediante a entrega das usadas, que serão destruídas... A Secretaria descartou a simples distribuição para evitar o comércio clandestino do material... A Secretaria não está respaldada legalmente pois a legislação brasileira considera crime o uso de drogas, mas não estamos discutindo o aspecto jurídico ou legal e sim vidas humanas. (29 nov. 1989: sp.)*

Menos de 30 dias depois a prefeita de Santos, Telma de Souza, do Partido dos Trabalhadores, mandou suspender a

distribuição de seringas para usuários portadores do HIV. A explicação diz:

*A suspensão da distribuição será mantida até que haja ampla discussão sobre o assunto envolvendo todos os setores da comunidade... A distribuição de seringas criou polêmica na cidade. O promotor de Justiça... requisitou a instauração de inquérito à polícia para apurar até que ponto a medida pode configurar crime contra a lei antitóxico.* (06 dez. 1989: D-8)

Em 17 de outubro de 1990 foi realizado em São Paulo o I Simpósio Franco-Brasileiro sobre Drogas e AIDS. São apresentadas estatísticas mostrando a relação entre o uso de drogas e contaminação pelo vírus HIV: em Nova Iorque o uso de seringas contaminadas chega a ser responsável por 70% dos casos notificados. No sul da Europa essa percentagem chega a 50%. De uma maneira geral é de 20% o total de pacientes contaminados no uso de drogas injetáveis.

A presidente da Cruz Vermelha da França defende a distribuição gratuita de seringas como método eficaz de prevenção e controle da AIDS:

*Na França optamos por eliminar as restrições que até 1987 existiam para a compra de seringas. Elas só podiam ser vendidas mediante a apresentação de receita médica... Hoje em Paris os viciados podem adquirir uma seringa nova devolvendo a sua, usada, em troca.* (17 out. 1990: C-1)

A disseminação do vírus HIV em ambientes fechados de confinamento também adquire dimensões que assustam. A Folha de S. Paulo em 05 de julho de 1990 afirma: “68% dos presos de São Paulo têm AIDS, diz sindicato”. A afirmação é atribuída ao presidente do sindicato dos Funcionários do Sistema Prisional do Estado de São Paulo.

O diretor do departamento de saúde do Sistema Prisional do Estado de São Paulo contesta os números, dizendo que o índice de contaminação, apurado por métodos científicos, atinge no máximo 16%. A negação se torna a afirmação: existe AIDS dentro das penitenciárias de São Paulo.

O vírus invade também a Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor (Febem). Outra manchete da *Folha de S. Paulo*: “Médico diz que Febem libera aidéticos” (18/10/1990). O médico denuncia que a Febem estaria liberando menores aidéticos sem orientação médica e sem que os pais fossem informados sobre a doença.

Os dados oficiais sobre a ocorrência de AIDS na Febem são referentes ao período 1987-89, quando 600 menores apresentaram teste sorológico positivo e foram registrados 16 óbitos. Apesar da superlotação dos pavilhões, os menores com AIDS convivem sem discriminação com os outros. Diz a presidente da Febem em São Paulo: “Não podemos rotular essas pessoas”. (18/10/1990: sp)

A Organização Mundial de Saúde toma a iniciativa de fazer do dia 1º de dezembro de cada ano o “Dia Mundial de Luta contra a AIDS”, a partir de 1988. A manchete da *Folha de S. Paulo* deste dia reflete o quadro de medo disseminado pela epidemia: “Vigia se diz contaminado, sai nu e cria medo na véspera do Dia contra a AIDS”.

O episódio aconteceu no bairro de Pinheiros, zona sul da cidade de São Paulo, onde o vigia desempregado, ferindo-se com cacos de vidro, nu e deixando escorrer sangue pelo corpo, andou duas horas, afirmado ser aidético e formando em torno de si uma multidão de curiosos. Ele foi perseguido por policiais, bombeiros e enfermeiros que temiam se aproximar dele. Após ser laçado pelo pescoço, ele foi amarrado a um poste de luz, sedado e internado em um hospital para exames.

A coordenadora da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Silvia Ramos, comenta o caso:

*Achamos que talvez seja este o retrato mais dramático da situação de AIDS no Brasil. Um país em que as pessoas precisam se desesperar para ter assistência médica, está despreparado para lidar com AIDS. Uma pessoa com AIDS não é um caso de polícia, mas para a medicina. O episódio mostra que as autoridades sanitárias e policiais estão profundamente despreparados para lidar com pessoas com AIDS. Um aidético, mesmo sanguendo, não oferece nenhum perigo para um profissional de saúde.*

*Este caso não era nada mais do que uma emergência psiquiátrica, e devia ser tratado – e bem – como tal. (01 dez. 1988: C-1)*

O escritor Mário Prata presencia a cena e descreve:

*Eram oito horas da manhã. Uma sirene ininterrupta se aproxima e me acorda. Polícia ou ambulância?... Ouço a freada brusca, de quem achou... abro a janela... sentado no chão um homem de uns 30 anos. Nu. Completamente... Ele está sangrando nas mãos. 'Tou com AIDS!' Ele passa a mão no rosto. Índio de guerra... Chegam mais quatro carros da polícia. São mais de 15 homens, mas eles têm medo. Do homem? Do louco? Do nu? Ou da AIDS? Ninguém se aproxima. O homem é calmo e sabe que a cena é dele... Ele fica em pé. Fica passando sangue no seu corpo... Chega uma ambulância. Desce uma enfermeira que deve ser especialista na doença... A platéia, acreditem, se divertia. Corria, gritava... Me lembrou aquelas imagens de touro correndo ferido pelas ruas da Espanha, atrás das pessoas... Eu não consigo parar de olhar a cena. É uma peça que eu não escreveria, mas eu estou assistindo de camarote, no melhor lugar do teatro... Faltava alguém em cena; o corpo de bombeiros. Um enorme caminhão vermelho... Me lembro que é o Dia Mundial contra AIDS, ou algo parecido. É o dia dele. Talvez ele saiba. Levanta-se, imponente, balança as mãos, voa sangue, a platéia grita. Resolve ir embora. Sai andando, com a maior dignidade, como se nada tivesse acontecido... Seguindo-o, 11 viaturas da PM, uma ambulância do Emílio Ribas, o caminhão do corpo de bombeiros. Lá vai ele... Seguindo o cortejo de carros, umas 200 pessoas... (01 dez. 1988: C-1)*

A transmissão voluntária da AIDS através de relações sexuais ou sangue contaminado está sujeita a condenação à prisão. O crime está previsto no Código Penal, no Capítulo 3, que cuida da periclitação da vida e da saúde, nos artigos 130, 131, 132 (perigo de contágio venéreo, de contágio de moléstia grave, para a vida e a saúde dos outros).

Uma das agitações que marcam o Dia Mundial de Luta contra a AIDS é o Projeto Nomes, organizado pelo Centro de Referência e Treinamento da AIDS de São Paulo. É uma ex-

posição em homenagem aos mortos da AIDS. São colchas de retalhos feitas pelos familiares dos mortos, com a significação de resgatar a identidade de um caso de doente que morreu e virou número nas estatísticas.

O ministro da Saúde, Seigo Tsuzuki, alerta para o desafio chamado AIDS:

*Ao se contar a história do final deste século, um problema ocupará lugar especial: a AIDS. Pelo impacto social e epidemiológico que mundialmente tem causado, pelos esforços para preveni-la traduzidos em recursos – humanos, tecnológicos e financeiros – investidos em pesquisas para a sua cura, a AIDS surge como uma doença com vários níveis de expressão... (01 dez. 1989: 03)*

O ministro comenta as mudanças no perfil epidemiológico da doença:

*O número de casos por transmissão sanguínea via transfusão vem diminuindo proporcionalmente, da mesma forma que a transmissão através da relação sexual. Aumentam os casos em usuários de drogas e em crianças, por transmissão perinatal. Isso nos leva a rever o conceito de grupos específicos de riscos, para desestigmatizá-los e também para evitar a falsa sensação de segurança entre aqueles que não pertencem a esses grupos. (01 dez. 1989: 02)*

Finaliza Tsuzuki definindo a estratégia de controle do Ministério da Saúde:

*... é preciso não esmorecer diante dos obstáculos que são muitos e de várias ordens. Não recuar no confronto com os estigmas e os preconceitos. O conceito de solidariedade, tão importante na relação com os pacientes e seu grupo social, deve ser ampliado... Tornar transparente cada etapa desse embate para que a população possa exercitar seu direito à saúde: informando-se sobre os riscos, as formas de transmissão e mecanismos de prevenção e recorrendo aos serviços... (01 dez. 1989: 02)*

A epidemia de informações a partir da AIDS tem a característica de amplificar o processo de produção, circulação, aquisição e uso das mesmas no espaço social. A comu-

nicação como exercício das relações de poder abre espaço para que outras forças busquem expressar os seus interesses, operando pela produção de diferentes falas no processo de entendimento sobre o bom caminho para evitar a morte pela AIDS.

O maior emblema desta situação de abertura de espaço para os desviantes do processo de normalização e normatização produzido a partir da AIDS está no aparecimento de uma figura que se torna porta-voz dos excluídos: Paulo Cesar Bonfim. A *Folha de S. Paulo* apresenta-o assim:

*Pesquisador, técnico em patologia clínica, presidente do Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA), diretor da Associação dos Funcionários do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual, membro da comissão de saúde do Servidor Público Estadual. (03 nov. 1987: C-2)*

Bonfim publica com regularidade na *Folha de S. Paulo* artigos assinados de opinião no mesmo espaço destinado às autoridades médicas e sanitárias: “Vampirismo”, “AIDS – compromisso de todos nós”, “Bancos de Sangue e Saúde Pública”, “Quem se interessa pelo teste anti-HIV?”, “Susan Sontag e o convívio com as doenças”, “AIDS – o papel da comunidade”, “Equívocos”.

O artigo “Vampirismo” se refere ao comércio desenfreado de sangue no Brasil, que tem possibilitado que muitas pessoas contraiam hepatite, sífilis, doença de Chagas e AIDS, que Bonfim condena:

*Tudo isto ocorre pela ganância dos proprietários dos bancos de sangue em obter lucro, não submetendo o sangue doado aos exames de laboratório como determinam as leis de vigilância sanitária... em momento algum as autoridades sanitárias, como o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais pediram a punição destes serviços com base nas leis penais vigentes... é preciso fiscalizar... (03 nov. 1987: C-2)*

Quando diz que a AIDS é um compromisso de todos, Bonfim de certo modo esclarece a formação do Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA):

*... tornou-se claro para alguns cidadãos que era urgente a criação, no Brasil, de um grupo civil, autônomo, sem vinculações estatais, que lutasse, juntamente com as instituições públicas, por um tratamento adequado da parte do Estado à questão da AIDS, onde os interesses da comunidade como um todo fossem garantidos. (29 dez. 1987: C-02)*

Bonfim aponta as principais formas de ação do GAPA:

*1) Lutar pelo esclarecimento de uma política eficaz de saúde pública ligada a questão da AIDS no Brasil; 2) divulgar material educativo de conscientização e prevenção, tais como cartazes e filmes publicitários para a TV; 3) lutar, legalmente, contra a discriminação e os comportamentos lesivos aos direitos humanos dos pacientes mais carentes, proporcionando-lhes as condições necessárias para a manutenção de uma vida material e social digna. (29 dez. 1987: C-2)*

Falando sobre os bancos de sangue, Bonfim define o seu interlocutor no processo de discussão:

*... estabelecer decretos, portarias, leis, de nada adianta, se não houver uma atuação de constante vigilância e conscientização... não são suficientes batidas repentinhas, multas e repressões. São necessárias medidas eficazes que possam estruturar um serviço de saúde de boa qualidade... É preciso lutar juntos para que um dia possamos ter um serviço de saúde pública com qualidade. Cabe a cada um de nós dar sua contribuição, controlando, fiscalizando, denunciando e, por que não, elogiando e incentivando o que for merecido. (03 nov. 1987: C-2)*

Quando pergunta quem se interessa pelo teste anti-HIV, cita que os exames de laboratório são complementares de um diagnóstico. Depois de condenar a realização do teste quando não solicitado pelo médico, Bonfim prescreve uma receita aos soropositivos:

*... se você fez o teste e o resultado foi positivo, não se desespere. Apenas redobre os cuidados, com você e com os outros. Não se descuide quanto às medidas preventivas nas relações sexuais para que você não se exponha a novos contatos com o vírus e, tam-*

*bém, principalmente, para não contaminar outros indivíduos... Seja discreto em relação ao teste, simplesmente para não criar em torno de você um grupo de apoio... Arme-se contra a possibilidade de ficar doente... Procure comer e dormir bem. Trabalhe normalmente, desenvolvendo seu potencial naquilo que você gosta e divirta-se.* (21 jun. 1988: A-2)

Em outro momento Bonfim se refere a doença como o lado escuro da vida, uma outra cidadania com a qual a sociedade deve aprender a conviver:

*... As pessoas que são contra a instalação da Casa de Apoio não têm essa atitude levadas apenas pelo medo de um possível contágio, até porque é sabidamente reconhecido que o vírus da AIDS não se transmite pelo contato social... Por detrás do discurso dessas pessoas está, sim, o medo, mas não da AIDS e sim de ter seus imóveis desvalorizados, pois para essas pessoas a solidariedade é só uma palavra e não algo que exprima este vínculo que une os indivíduos em função dos interesses maiores da coletividade.* (18 out. 1988: C-2)

Avaliando o papel da comunidade na epidemia de AIDS para o seu controle, Bonfim defende a articulação de toda a sociedade em torno das normas e da vigilância, criando uma ordem social:

*O trabalho de prevenção à AIDS em seus aspectos informativos e educacionais, e a sensibilização para a convivência com o soropositivo e o paciente de AIDS, não devem se restringir unicamente às empresas. Cabe às escolas, em todos os níveis, às associações de classe, de bairros, aos partidos políticos, enfim, à comunidade, toda a responsabilidade pelo controle, diminuição e erradicação desse terrível mal, pois a AIDS é um compromisso de todos nós. Façamos de todos os dias o Dia de Combate à AIDS.* (18 out. 1988: C-2)

No jogo de forças e de falas Bonfim aponta o que chama “equívocos” dos outros atores do processo social. Inicia seu artigo com o refrão: “Estar informado é a melhor prevenção”. Advogado assumido do uso das camisinhas, Bonfim interpela:

*Antes ser garotos-propaganda de uma medida preventiva reconhecida internacionalmente como eficaz e recomendável do ponto de vista epidemiológico, por autoridades de saúde de vários países do mundo, inclusive da Organização Mundial de Saúde, que ser mensageiros do preconceito e da discriminação.* (01 jul. 1990: C-7)

As forças que se articulam em torno das posições que tem em Bonfim o seu porta-voz estão reunidas no Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA). O GAPA de São Paulo é uma organização que surgiu em janeiro de 1985, de reuniões abertas promovidas pela Secretaria de Estado da Saúde, para engajar interessados no combate à AIDS. O GAPA de São Paulo é o primeiro grupo organizado na América Latina orientado para o controle e prevenção da AIDS fora da esfera do Estado (não-governamental).

O *curriculum vitae* do GAPA de São Paulo apresenta os seus objetivos prioritários: lutar pelo estabelecimento de uma política eficiente de saúde pública ligada à AIDS no Brasil; lutar contra a discriminação e contra comportamentos lesivos aos direitos humanos dos pacientes de AIDS, soropositivos e seus familiares; lutar pela melhoria constante do atendimento médico, social e psicológico dos pacientes; fornecer apoio humano a todos os pacientes em geral e apoio financeiro, material e jurídico aos pacientes mais carentes em particular; informar e esclarecer a população em geral à respeito da AIDS, medidas preventivas, sintomas alertadores, evolução da síndrome etc.

A partir da experiência do GAPA de São Paulo disseminte-se também a criação de outras organizações não-governamentais em todo o país. Em agosto de 1990 existiam 11 GAPAS em diferentes cidades brasileiras: Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Belém, Florianópolis, Baixada Santista, Taubaté, Recife, Porto Alegre, Ribeirão Preto, São José dos Campos.

As formas de ação do GAPA de São Paulo estão direcionadas em torno de três eixos: 1) informação e prevenção; 2) assistência humana, material e jurídica aos pacientes e

familiares; 3) ação política. Além de cartazes e panfletos, o Grupo produz seu próprio jornal: *Previna-se*.

Em relação a assistência o GAPA abre a partir de agosto de 1989 a Casa de Apoio, uma moradia provisória para pessoas com AIDS, que têm alta hospitalar, porém estão em dificuldades financeiras. O projeto visa a reintegração social, além de desenvolver trabalho de terapia ocupacional e atendimento de psicologia.

O *Previna-se* de fevereiro de 1990 é publicado em ritmo de carnaval e dá as dicas úteis para o folião distraído:

*1) Junto com o confete e a serpentina, leve para a avenida uma caixinha de camisinha. É um recurso eficiente, não tem contraindicações e não atrapalha. 2) Lembre-se que os carnavales de hoje são diferentes e exigem um pouco mais de precaução. Se o desejo bater forte, não se precipite, ponha a mão no bolso e pegue sua proteção. Você garante o ingresso para o próximo bai-le. 3) Se você sentir uma irresistível vontade de sair beijando pelo salão, faça como o folclórico beijoqueiro: prefira o rosto. Reserve os amassos mais íntimos para aquela pessoa especial que já ganhou seu coração... (1990:07)*

O *Previna-se* também anuncia o “Treinamento para Multiplicadores de Informações sobre AIDS”, promovido pelo GAPA-SP, destinado a representantes de associações, sindicatos, bairros, empresas comerciais, industriais e de serviços (públicos e privados), professores e diretores de escolas, pedagogos, assistentes sociais, psicólogos, sociólogos, pessoal da área médica, supervisores de segurança do trabalho e demais profissionais da área de recursos humanos.

O treinamento de oito horas tem o seguinte programa: AIDS: problema social, ação do vírus, meios e formas de transmissão, como o vírus não se transmite, fases da infecção, diagnóstico, medicamentos, forma de prevenção, convívio com o paciente, aspectos sociais, econômicos e psicológicos.

O *Previna-se* fala também do III Encontro Brasileiro de Organizações Não-Governamentais de Prevenção, Informação e Apoio aos Pacientes com AIDS (ONGs/AIDS), realizado entre 31 de março e 1º de abril de 1990 em Santos. Em

relação ao II Encontro, realizado de 12 a 15 de outubro de 1989 em Porto Alegre, destacou-se a aprovação da Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS.

O *Previna-se* de abril/maio de 1990 “comemorou” 10 anos de AIDS no Brasil e 5 anos de GAPA. O Grupo recorda o seu primeiro cartaz, “*Transe Numa Boa*”, onde diz o texto:

*Sexo é bom. não deixe a AIDS acabar com isso. Evite contato com esperma. Use camisinha. Reduz o número de parceiros. Masturbação a dois é gostoso e oferece menos risco. Estar informado é a melhor prevenção. (apud Previna-se, 1990)*

O *Previna-se* reforça os caminhos da prevenção: reduzir o número de parceiros sexuais, usar camisinha durante a relação, só utilizar seringas e agulhas descartáveis, ao receber transfusão exigir o teste anti-AIDS, evitar o contato com o sangue e secreções de doentes com AIDS.

O *Previna-se* de dezembro de 1989 traz os resultados da pesquisa feita pelo Centro de Referência e Treinamento de AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo denominada “A AIDS e você”. Após a distribuição de 30 mil questionários nas estações do Metrô, vieram 4.032 respostas espontâneas, sendo 651 de jovens que foram utilizados para esta amostragem.

A amostra de 651 adolescentes entre 14 e 19 anos (51% do sexo feminino e 49% do sexo masculino) mostrou que 56,9% estão muito ou terrivelmente preocupados com a AIDS e desses 49,3% já começaram a mudar o seu comportamento. Os que mudaram seu comportamento o fizeram nos seguintes itens: 6,8% abandonaram o uso de drogas injetáveis; 25,3% passaram a usar camisinha; 16% passaram a ter relações sexuais somente com seu parceiro; 10% começaram a evitar qualquer tipo de droga; 11,2% reduziram o número de parceiros sexuais; 13,1% não transam mais com prostitutas ou com pessoas desconhecidas.

Os jovens mostraram também estar bastante bem informados em relação às situações de risco de transmissão do vírus HIV: ter relações sexuais com várias pessoas sem usar

camisinha (98,3%); receber sangue não testado para o vírus HIV (91,6%); usar drogas na veia (90,5%). Demonstraram ainda conhecer as principais vias de transmissão: sangue (94,8%); esperma (87,9%); secreção vaginal (68,7%). Erraram apenas ao supor que a doação de sangue oferece risco (51,9%).

O *Previna-se* traz também as opiniões sobre a AIDS dos dois candidatos ao segundo turno das eleições presidenciais de 1989. Lula e Collor dizem o que pretendem fazer para conter o avanço da doença no Brasil.

Lula opina:

*A extensão em que a AIDS vai afetar a nação brasileira no futuro depende em grande parte de ações preventivas adotadas hoje. Numa ação global em saúde, a prevenção à AIDS entra como uma ação necessária; porém não suficiente, e deve ser vista dentro de um contexto social de atenção à saúde, ao lado de outras questões importantes.*

Collor opina:

*É sensato deduzir que a AIDS merece especial atenção em termos preventivos-assistenciais, tendo vindo infelizmente somar-se a outros grandes percalços no campo da saúde pública, com novas implicações econômicas, onde geralmente recursos vêm-se afigurando escassos pela falta de prioridade nos últimos governos.*

Em relação ao uso de preservativos como meio de prevenir a transmissão do vírus, Lula se posiciona:

*O uso de preservativos deve ser estimulado em todas as relações potencialmente de risco. O Estado deve garantir a integridade física e moral dos que estão sob sua custódia, garantindo-lhes os meios de prevenir-se do contágio através de celas diferentes ou do acesso à camisinha, quando assim o desejarem.*

Collor acentua:

*A prevenção referente às relações sexuais tem conexão com várias atitudes e, em suma, exige responsabilidade. A camisinha, neste contexto, é meio profilático valioso, sem representar o único destacadável. Não é infalível e merece recomendações em situações*

*bem definidas. Será necessário uma permanente divulgação de como usar os preservativos.*

A Organização Mundial de Saúde (OMS) procura analisar o papel das organizações não-governamentais nos programas de controle da AIDS:

*A mais importante contribuição que as ONGs podem prestar a qualquer programa de controle da AIDS é a experiência em trabalhos comunitários. Este enfoque pode ajudar a preencher o vazio existente entre a política nacional e a ação local. Em geral, as ONGs podem responder mais imediatamente do que os governos às necessidades locais... Coletivamente, as ONGs podem contribuir com uma vasta experiência baseada na comunidade, para qualquer estratégia, nacional ou internacional, de atendimento e controle da AIDS. (1988:01)*

A estratégia da OMS está fundada em três objetivos básicos: 1) prevenir a infecção pelo HIV e a AIDS; 2) limitar o impacto pessoal e social; 3) unificar as respostas nacionais e internacionais. As ONGs compartilham, pelo menos, dos dois primeiros objetivos, e têm interesse em combinar recursos com a OMS.

Em 1989 o Programa Global sobre a AIDS estava planejando: 1) promover a participação das ONGs nos principais encontros internacionais; 2) desenvolver intercâmbio eficiente de informações entre a OMS e grupos ou associações de ONGs; 3) desenvolver um diretório, acessível e atualizado, formado por ONGs nacionais e internacionais, ativo na prevenção da infecção por HIV/AIDS.

A AIDS não é uma doença, envolve muitas doenças. A forma que a Organização Mundial de Saúde representa a AIDS expressa a existência de três epidemias: 1) a epidemia “silente” onde o vírus começa a infectar e transmitir-se em cada comunidade; 2) a epidemia de doenças causadas pela imunodeficiência, que pode ser provocada pela infecção pelo HIV; 3) a epidemia de reações e doenças sociais que, mundialmente e em cada sociedade ou comunidade, podem ser provocadas pela AIDS.

A dita terceira epidemia, as reações de preconceito, pânico, discriminações etc. constituem doenças tão graves e devastadoras quanto às que são provocadas pelo vírus. Podem ser altamente explosivas, adoecendo sociedades inteiras e por isso devem ser enfrentadas em todos os âmbitos.

A AIDS não é um problema individual, é um problema social: uma epidemia. Sozinho, ninguém pode enfrentar a AIDS. Coletivamente, é possível estabelecer um contrato social para deter a AIDS. Nenhuma iniciativa isolada pode solucionar a multiplicidade de dimensões da AIDS. A solidariedade orquestra o mosaico do remédio possível à doença real.

Este é o terreno onde brotam as organizações não-governamentais direcionadas para o controle e a prevenção da AIDS. Estes são os elementos usados para criar a rede de solidariedade de homossexuais, bissexuais, prostitutas, hemofílicos, politransfundidos, usuários de drogas, humanistas, profissionais da saúde e lideranças civis.

As organizações comunitárias contra a AIDS assim se definem:

*Organizações não-governamentais não significam, nunca, em si mesmas, “organizações anti-governamentais”. Aliás, essa sigla (ONG) é bastante discutível... De toda forma, é uma denominação já usada há décadas e reconhecível internacionalmente... Independente dos nomes que possam ser dados para as mais diversas atividades na base da sociedade, é preciso reiterar que partimos da perspectiva de que nossas funções e papéis são permanentes – enquanto a AIDS permanecer entre nós. E são diferentes das responsabilidades dos órgãos governamentais, programas oficiais, nacionais etc... Partimos da compreensão de que as ONGs diante da AIDS possuem funções e responsabilidades específicas e insubstituíveis. Da mesma forma que achamos que as responsabilidades governamentais são insubstituíveis... (1988:08)*

A multiplicação de ONGs se auto-explica:

*Grupos independentes, iniciativas locais ou individuais não surgem para suprir falhas do programa nacional, nem vão contra o atual ou qualquer outro futuro programa governamental.*

*Até porque os governos mudam, ministros se alternam, programas se alteram, melhoram ou regridem. E nossos grupos devem manter-se, pelo menos até que possamos, diante da AIDS, obter uma vitória e orgulhosamente nos auto-dissolvermos.* (1988:09)

A estratégia das ONGs se inscreve no processo de comunicação social a partir da AIDS definida pela OMS:

*Tudo depende de um enorme trabalho de prevenção, onde a informação cumpre um papel basilar. Informar sobre a AIDS é divulgar os dados mais precisos sobre a doença, como se transmite e como pode ser evitada, mas é também combater a informação distorcida, mal intencionada, tendenciosa e alarmista. A prevenção, como a AIDS, tem muitas facetas. Ela envolve uma rede de ações do governo e da sociedade civil, integradas para responderem ao desafio global da AIDS.* (1988:07)

A intervenção do GAPA como expressão de interesses e forças sociais pode ser observada nas batalhas judiciais contra as empresas que demitem soropositivos ou aidéticos. A própria presidente do GAPA de São Paulo, Áurea Andrade, defende os direitos trabalhistas dos demitidos.

A contabilidade das batalhas judiciais atesta a significação da intervenção de Andrade:

*De março de 1988 até julho de 1990 a assessoria jurídica do GAPA atendeu cerca de 430 pessoas, 99% delas com reclamações trabalhistas. Do total de processos que já abriu desde março de 1988, o GAPA contabiliza 39 vitórias ou acordos com a empresa e três derrotas (atualmente em nível de recurso). Há 38 ações em andamento.* (19 ago. 1990: C-4)

Com referência ao GAPA de São Paulo cabe destacar o compromisso de sigilo que aquele que deseja se associar assina:

*... comprometo-me a não divulgar ou comentar em nenhuma hipótese, com qualquer pessoa estranha ao GAPA, o nome, o endereço, a profissão ou qualquer outro dado pessoal referente a qualquer paciente que esteja sendo ou tenha sido atendido pelo*

*Grupo, mantendo o mais completo sigilo, às questões relativas a este trabalho, assim como respeitar as normas a serem fixadas pela diretoria ou comissão a que pertencer. Assumo total responsabilidade pelas consequências que o não cumprimento deste compromisso, ora firmado, possa acarretar.*

A epidemia de AIDS, as três epidemias identificadas pela OMS, e a epidemia de informações que as representa e as interpreta, fazem do controle da produção, circulação, recuperação e uso das mesmas, uma definição política a ser discutida. Do mesmo modo que os médicos têm o seu sigilo profissional, os grupos não-governamentais também elaboraram o seu código em silêncio.

Outro fenômeno relevante acontecido em São Paulo diz respeito à formação de grupos de auxílios a soropositivos e a AIDS vinculados a religiões e seitas, a partir do incentivo do Centro de Referência e Treinamento de AIDS da Secretaria de Estado da Saúde. Apesar de a maioria das entidades estar vinculada a grupos religiosos, o credo dos pacientes é apenas referência para que os voluntários dêem um apoio psicológico mais adequado.

Uma das organizações é o Grupo Especial da Cultura Afro-Brasileira AIDS, que realiza trabalho de educação com prostitutas e meninos de programa, a maioria deles não adepta do candomblé. O Grupo tenta ajudar a vencer o preconceito da família dos doentes.

O Estado é a fração endurecida das relações de poder no espaço social, onde se cristalizam as normas, os processos de vigilância e os esquemas de punição. Na concentração de poder, ele tenta em todos os momentos enquadrar o tecido social dentro das disciplinas. Relação processual de forças, é capaz de transformar o incendiário em bombeiro, de fazer seus os interesses que lhe eram externos.

Ironia do processo social, Paulo Cesar Bonfim se torna coordenador do programa de controle da AIDS na Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo, na gestão de Luiza Erundina, do Partido dos Trabalhadores.

Em fevereiro de 1990 a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo começa a distribuir 100 mil camisetas à população, nas imediações da avenida Tiradentes, onde acontecem os desfiles das escolas de samba e outras manifestações carnavalescas.

O *slogan* da campanha de controle da AIDS é explícito: “Camisinha. Vista esta fantasia”. Faz-se também a distribuição da edição do *Previna-se*, produzido pelo GAPA de São Paulo, com 1 milhão de exemplares. A fala não-governamental passa a ser feita diretamente como programa governamental. Contrato entre as forças para a vigilância epidemiológica da AIDS, define a disciplina e o contrato social.

Em junho de 1990 o programa de prevenção da AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo organiza um ciclo de palestras sobre “sexo sem risco”. O encontro, aberto ao público em geral, tem por objetivo discutir questões de prevenção sem repressão, enfatizando as formas de prevenção e o uso adequado de preservativos.

Fecha-se o ciclo. O poder de digerir as informações que circulam no espaço social e em transformar o que era contestação em ordem se exerce. É na desordem que se afirma a ordem, é na ameaça de morte que se encontram as forças necessárias para regulamentar e para vigiar os corpos e as populações. O que era não-governamental torna-se estatal. A opção entre a miséria e o subsídio exposta com propriedade por Guattari encontra sua prova. É uma das muitas mortes que se vivencia durante a vida.

O filósofo francês Michel Foucault situa a morte como condição de possibilidade da formação do discurso médico moderno e como estrato de onde se pode apreciar a vida:

*O que constitui o valor particular da meditação sobre a morte é não só que ela antecipa o que a opinião representa em geral como a maior desgraça, é não só que ela permite convencer de que a morte não é um mal; ela oferece a possibilidade de, por assim dizer, lançar por antecipação um olhar retrospectivo sobre a própria vida. Considerando-nos a ponto de morrer podemos julgar cada uma das ações que cometemos segundo seu valor próprio. (apud Eribon, 1990:310)*

Estranhas palavras ditas pouco antes de sua morte pela AIDS. Em 25 de junho de 1984, no meio da tarde, a notícia se espalha: Michel Foucault morreu. O professor Paul Castaïne, chefe do serviço de neurologia do hospital de Salpêtrière, e o doutor Bruno Sauron, em conformidade com a família de Michel Foucault, divulgaram o seguinte comunicado:

*Em 09 de junho de 1984 monsieur Michel Foucault deu entrada na clínica de doenças do sistema nervoso de Salpêtrière para submeter-se a exames complementares exigidos por manifestações neurológicas que vieram complicar um estado septicêmico. Esses exames revelaram a existência de focos de supuração cerebral. O tratamento antibiótico a princípio teve resultado favorável; uma melhora permitiu que monsieur Foucault tomasse conhecimento das primeiras reações ao lançamento de seus dois últimos livros. Um brutal agravamento eliminou qualquer esperança de uma terapêutica eficaz, e a morte ocorreu em 25 de junho às 13h15. (apud Eribon, 1990:307)*

Minuciosa descrição da morte. Após publicar *O uso dos prazeres* e *O cuidado de si*, parte do seu trabalho sobre a história da sexualidade, ele retorna ao hospital Salpêtrière que havia sido citado em seu trabalho *O nascimento da Clínica*. O estudioso das articulações entre poder, saber e prazer que fora tão ácido na crítica da verdade, teve a sua morte coberta pela mentira. Até mesmo o periódico francês que se intitula *Libération* (liberação) se esforça para afastar o murmurório de que Foucault teria morrido de AIDS.

Paul Veyne descreve a sua conversa com Foucault em fevereiro de 1984:

*Os leitores de hoje terão dificuldade em acreditar que naquele mês de fevereiro de 1984 uma febre e uma tosse ainda não levantasse suspeitas: a doença ainda era um flagelo tão distante e ignorado que parecia legendária e até talvez imaginária. Nenhum de seus familiares desconfiou de nada: só soubermos depois. “Você devia descansar”, continuei. “Trabalhou demais com grego e latim, isso o esvaziou”. “Sim, mas depois”, respondeu. “Primeiro quero terminar com esses dois alfarrábios”.*

*“Essa AIDS existe mesmo ou é uma lenda moralizante?”, perguntei, por simples curiosidade. “Pois bem, escute”, ele respondeu tranqüilamente e depois de um instante de reflexão; “eu estudei o assunto de perto, li algumas coisas a respeito: sim, existe, não é lenda. Os americanos estudaram bem de perto”. E em duas ou três frases me deu detalhes metodológicos exatos... Afinal, ele era historiador da medicina e como filósofo, pensei, se interessava pela atualidade, pois as notícias de fontes americanas sobre “o câncer dos homossexuais” aparecem regularmente nos jornais. Hoje seu sangue frio diante de minha pergunta boba me tira o fôlego; ele deve ter pensado que um dia seria assim, que eu meditaria sobre sua resposta e contaria com minha memória e teria uma pequenina e amarga consolação: dar exemplos vivos era outra tradição da filosofia antiga. (apud Eribon, 1990: 305-6)*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

68% DOS PRESOS de São Paulo têm AIDS, diz Sindicato. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 5 jul. 1990.

AIDÉTICOS lutam contra empresas na justiça. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 19 ago. 1990. Cad. Cidades, p. C-4.

AIDS. *Jornal do CREMESP*. São Paulo, set./out. 1987.

AMATO NETO, V. AIDS e repressão sexual. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 01 set. 1987. Cad. Cidades, p. A-10.

–. AIDS e a legislação. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 7 jul. 1988. Cad. Cidades, p. C-2.

–. Achistas, oportunistas e outros istas no contexto da AIDS. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 30 ago. 1988. Cad. Cidades, p. C-2.

–. AIDS e seriedade. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 5 nov. 1989. Cad. Cidades, p. D-6.

BONFIM, P. C. Vampirismo. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, p. C-2. 03 nov. 1987.

–. AIDS – compromisso de todos nós. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, p. C-2. 29 dez. 1987.

- . Quem se interessa pelo teste HIV? *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 21 jun. 1988. Cad. Cidades, p. A-12.
- . Susan Sontag e o convívio com as doenças. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 18 out. 1988. Cad. Cidades, p. C-2.
- . Equívocos. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 01 jul. 1990. Cad. Cidades, p. C-7.

CHAUÍ, M. *Cultura e democracia*: o discurso competente e as outras falas. São Paulo: Moderna, 1980.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução nº 1.246/88*: homologa o código de ética médica. Rio de Janeiro, 1988.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. “AIDS e ética médica”. *Jornal do CREMESP*, São Paulo, maio/jun. 1987. (encarte)

DESCOBRIDOR do vírus da AIDS se diz menos otimista com remédio. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, p. C-1, 7 maio 1990.

DISTRIBUIÇÃO nos EUA parte de iniciativa de grupos particulares. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 14 dez. 1989. Cad. Cidades, p. D-4.

ENTREGA de seringas é suspensa em Santos. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 6 dez. 1989. Cad. Cidades, p. D-8.

ERIBON, D. *Michel Foucault: 1926-1984*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

ESPECIALISTA é contra campanhas e prega prazer no combate à droga. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 17 out. 1990. Cad. Cidades, p. C-1.

FERNANDES, F. Omissão criminosa. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, p. A-20. 31 maio 1988.

GRUPO de Apoio à Prevenção da AIDS de São Paulo. *Curriculum Vitae*. São Paulo, 1990. (apostila)

- . *Previna-se*. São Paulo, 8p., fev. 1990.
- . *Previna-se*. São Paulo, 8p., maio 1990.
- . *Previna-se*. São Paulo, 8p., dez. 1989.

IGREJA não apóia o uso de camisinha. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, p. C-1, 06 fev. 1988.

II JORNADA Paulista de Ética Médica. *Jornal do CREMESP*, São Paulo, nov./dez. 1987. (encarte)

MÉDICO diz que FEBEM libera aidéticos. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 18 out. 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Aspectos legais e sociais da AIDS*. Brasília, 1988.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Recomendações para a prevenção e controle da infecção pelo vírus HIV (SIDA/AIDS)*. Brasília, 1987.

O MÉDICO com AIDS. *Jornal do CREMESP*. São Paulo, jan./fev. 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Programa global sobre a AIDS*: Relatório da OMS. Genebra, 1988.

POLÍCIA aprova distribuição de seringas em SP. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 14 dez. 1989. Cad. Cidades, p. D-4.

POUCOS arriscam trocar dúvida por teste de AIDS. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 26 ago. 1990. Cad. Cidades. p. C-5.

PRATA, M. Escritor relata o caso de Pinheiros. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 01 dez. 1988. Cad. Cidades, p. C-2.

PROGRAMA de distribuição de seringas em Santos. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 29 nov. 1989. sp.

SCHEIMBERG, M. Quem deve ser testado? *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 25 ago. 1987. Cad. Cidades, p. A-10.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. *AIDS: como combater*. São Paulo, 1989.

SIGILO médico na AIDS: aspectos médicos e legais. *Jornal do CREMESP*. São Paulo, set./out. 1987.

SÚMULA DOS SIMPÓSIOS SOBRE AIDS. *JAMB*, São Paulo, s/n. p. 1-5, 1987.

TSUZUKI, S. O desafio chamado AIDS. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, p. 03, 01 dez. 1989.

TUDO sobre AIDS. *Folha de S. Paulo*. 8 p. São Paulo, 22 fev. 1987. (encarte)

VIGIA se diz contaminado, sai nu e cria medo na véspera do dia contra a AIDS. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 01 dez. 1988. Cad. Cidades, p. C-1.



## CONCLUSÕES

A epidemia da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) causada por um vírus designado HIV e que se dissemina mundialmente a partir de 1980 possibilita que se demonstre e se critique a medicina clínica e social enquanto modo próprio de organização do conhecimento racional e de sua representação em espaço de discurso específico.

A medicina clínica representa a humanização da tecnologia do olhar para as doenças e os doentes, demarcando o corpo como o espaço do normal e do patológico. Por outro lado, a medicina pode ser dita social não apenas por seus efeitos, mas também por ser ela mesma uma produção social que se articula com os diferentes contextos de vínculos e de organização.

A medicina funciona como estratégia de poder para disciplinar os corpos e para vigiar as populações, respondendo às exigências da modernidade que urbaniza a vida social e industrializa o modo de produção. Observando os corpos e as populações a medicina produz saber e acumula discurso, que se dissemina socialmente determinando a verdade racional.

A sociedade moderna corresponde a formação histórica onde a categoria trabalho tem a força de moldar as relações sociais e de projetar as suas utopias. A modernidade representa a época em que a racionalização a partir do trabalho determina as principais características da organização social, inclusive em suas desigualdades.

O desenvolvimento da sociedade capitalista opera o paradoxo de compor a expansão da produção industrial com o esvaziamento da categoria trabalho. Existe mesmo a redução da categoria trabalho à unidade descritiva, ao mesmo tempo que a organização do conhecimento e os processos de comunicação passam a determinar o lugar de cada indivíduo no contexto social.

Embora exista ampla sustentação no diagnóstico do esgotamento da modernidade e da sociedade do trabalho, ao lado da percepção da força da informação e da comunicação como fenômeno capaz de gerar vínculos e solidariedades, existem profundas divergências metodológicas na representação e na interpretação da sociedade contemporânea.

As estruturas sociais são representadas e interpretadas enquanto jogos de linguagem, lances na composição das forças sociais em que se diferenciam os vocabulários e as gramáticas. Estes jogos substituem as grandes narrativas de esclarecimento e de ordenamento da modernidade, produzindo a sociedade pós-moderna.

A discussão das éticas individuais e de grupo nesta sociedade pós-moderna polariza-se entre os que propõe estratégias de reconstrução da organização social que compõe todas as multiplicidades referidas ao uno, e os que assumem a radicalidade da deconstrução da modernidade.

A ética da discussão orientada para o entendimento propõe a reconstrução da subjetividade a partir das referências simbólicas do mundo da vida, que são organizadas em saber e representadas em discursos. A legitimação das normas de ação social derivam da pragmática de propor e de argumentar no processo de discussão, que se relaciona sempre aos contextos locais.

A epidemia de AIDS na sociedade pós-moderna evidencia que a cada processo social corresponde outro processo de representação do mesmo, com a organização do conhecimento e a produção da informação. O vírus se dissemina. A doença se dissemina. As normas se disseminam. As informações se disseminam. São várias epidemias que se articulam e se entrelaçam.

Esta epidemia de informações a partir da AIDS dissemina pelo espaço social as normas de produção de uma ordem do real que se organiza com o conhecimento racional da virtualidade do risco de morrer com o vírus e a doença. A epidemia de informações contamina a todos, individualizando a cada um no que se refere ao normal e ao patológico para o controle e a prevenção da AIDS.

Esta determinação de papéis no quadro da epidemia de AIDS produz uma individualização a partir do valor da verdade da medicina. Este processo produz tensões e conflitos no espaço social, tornando relevante a fala de outros atores que não os previamente autorizados pelas instituições (os médicos).

Este enfrentamento de falas pode ser entendido como o jogo de linguagem em que se amplia o universo de atores que se posicionam para a composição das forças que resulta em uma formação de saber e de discurso. A discussão se desloca da verdade do valor para o próprio valor da verdade. Não se tematiza e se representa a epidemia de AIDS. Faz-se a discussão da representação e da interpretação desta epidemia em uma outra: a epidemia de informações.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- AIDÉTICOS lutam contra empresas na justiça. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 19 ago. 1990. Cad. Cidades, p. C-4.
- AIDS. *Jornal do CREMESP*. São Paulo, set./out. 1987.
- AMATO NETO, V. Achistas, oportunistas e outros istas no contexto da AIDS. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 30 ago. 1988. Cad. Cidades, p. C-2.
- . AIDS e a legislação. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 07 jul. 1988. Cad. Cidades, p. C-2.
- . AIDS e repressão sexual. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 01 set. 1987. Cad. Cidades, p. A-10.
- . AIDS e seriedade. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 05 nov. 1989. Cad. Cidades, p. D-6.
- BECKER, H. *Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.
- BELKIN, N. Some soviet concepts of information for information science. *JASIS*, p. 56-64, jan./fev. 1975.
- BELKIN, N. et al. Information Science and the Phenomenon of Information. *JASIS*, p. 197-204, jul./ago. 1976.
- BOBBIO, N. et al. *Sociedade e estado na filosofia política moderna*. São Paulo: Brasiliense, 1987.

- BONFIM, P. C. AIDS – compromisso de todos nós. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, p. C-2, 29 dez. 1987.
- . Equívocos. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 01 jul. 1990. Cad. Cidades, p. C-7.
- . Quem se interessa pelo teste HIV? *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 21 jun. 1988. Cad. Cidades, p. A-12.
- . Susan Sontag e o convívio com as doenças. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 18 out. 1988. Cad. Cidades, p. C-2.
- . Vampirismo. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, p. C-2, 03 nov. 1987.
- CHAUÍ, M. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo: Moderna, 1980.
- CHAVES, M. *Saúde e sistemas*. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1980.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução nº 1.246/88: homologa o código de ética médica*. Rio de Janeiro, 1988.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. AIDS e ética médica. *Jornal do CREMESP*, São Paulo, maio/jun. 1987. (encarte)
- COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- DELEUZE, G. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- DELEUZE, G.; Guattari, F. *O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- DESCOBRIDOR do vírus da AIDS se diz menos otimista com remédio. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, p. C-1, 07 maio 1990.
- DISTRIBUIÇÃO nos EUA parte de iniciativa de grupos particulares. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 14 dez. 1989. Cad. Cidades, p. D-4.
- ENTREGA de seringas é suspensa em Santos. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 06 dez. 1989. Cad. Cidades, p. D-8.

ERIBON, D. *Michel Foucault: 1926-1984*. São Paulo: Companhia de Letras, 1990.

ESPECIALISTA é contra campanhas e prega prazer no combate à droga. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 17 out. 1990. Cad. Cidades, p. C-1.

FERNANDES, F. Omissão Criminosa. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, p. A-20, 31 maio 1988.

FOUCAULT, M. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense, 1987.

–. *História da sexualidade*: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

–. *Microfísica do poder*. Trad. e org. de Roberto Machado. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

–. *O nascimento da clínica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1987.

–. *As palavras e as coisas*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

–. *Vigiar e punir*: história das violências nas prisões. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1984.

GOFFMAN, W. A general theory of communication. *A Unifying Theory*. New York: [s.e.], p. 726-747, [s.d.].

–. Information science: discipline or disappearance. *ASLIB Proceedings*, v. 22, n. 12, p. 589-596, dez. 1970.

GOMEZ, M. N. G. O papel da informação e do conhecimento nas formações políticas ocidentais. *Ci. Inf.*, Brasília, v. 16, n. 2, p. 157-167, jul./dez. 1987.

GRANATO, C. et al. *Pesquisa de marcadores sorológicos de AIDS e hepatite pelo vírus B em dois grupos selecionados de homossexuais masculinos*. São Paulo: Instituto Adolfo Lutz, 1987. (Projeto de pesquisa.)

GRUPO DE APOIO À PREVENÇÃO DA AIDS DE SÃO PAULO. *Curriculum Vitae*. São Paulo, 1990. (apostila)

–. *Previna-se*. São Paulo, 8p., dez. 1989.

- . *Previna-se*. São Paulo, 8p., fev. 1990.
- . *Previna-se*. São Paulo, 8p., maio 1990.
- GUATTARI, F. *A revolução molecular*: pulsões políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- . *As três ecologias*. Campinas: Papirus, 1990.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolíticas*: cartografias do desejo. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.
- HABERMAS, J. A nova intrasparência: a crise do Estado de bem-estar social e o esgotamento das energias utópicas. In: *Novos Estudos*, n. 18, p. 103-114, set. 1987.
- . *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
- . *Técnica e ciência como ideologia*. Lisboa: Edições 70, 1980.
- IGREJA não apóia o uso de camisinha. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, p. C-1, 06 fev. 1988.
- II JORNADA Paulista de Ética Médica. *Jornal do CREMESP*. São Paulo, nov./dez. 1987. (encarte)
- KOSOVSKI, E. *Adultério*. Rio de Janeiro: Codecri, 1983.
- LIMA, R. C. M. *Informação para o desenvolvimento e a formação de recursos humanos*. Florianópolis: UFSC, 1982.
- LUZ, M. T. *Natural, racional e social*: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- LYOTARD, F. *A condição pós-moderna*. Lisboa: Gradiva, 1989.
- MACHADO, R. *Ciência e saber*: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- . *Nietzsche e a verdade*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.
- MARTELETO, R.M. Informação: elemento regulador de sistemas, fator de mudanças ou fenômeno pós-moderno. *Ci. Inf.*, Brasília, v. 16, n. 2, p. 169-80, jul./dez. 1987.
- O MÉDICO com AIDS. *Jornal do CREMESP*. São Paulo, jan./fev. 1989.

MÉDICO diz que FEBEM libera aidéticos. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 18 out. 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Aspectos legais e sociais da AIDS*. Brasília, 1988.

–. *Portaria nº 314*, de 27 de agosto de 1976, que fixa o elenco de doenças de notificação compulsória em todo o território nacional.

–. *Portaria nº 542*, de 22 de dezembro de 1986, define a inclusão no elenco de doenças de notificação compulsória na síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) e da sífilis congênita.

–. *Recomendações para a prevenção e controle da infecção pelo vírus HIV (SIDA/AIDS)*. Brasília, 1987.

–. *Recomendações técnicas e aspectos éticos na AIDS*. Brasília, 1988.

MOTTA, F. C. P. *Burocracia e autogestão*: a proposta de Proudhon. São Paulo: Brasiliense, 1981.

–. *Organização e poder*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

NIETZSCHE, F. *A genealogia da moral*. São Paulo: Brasiliense, 1988.

OFFE, C. *Capitalismo desorganizado*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

–. *Problemas estruturais do estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Programa global sobre a AIDS*. Relatório da OMS. Genebra, 1988.

POLÍCIA aprova distribuição de seringas em SP. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 14 dez. 1989. Cad. Cidades, p. D-4.

POUCOS arriscam trocar dúvida por teste de AIDS. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 26 ago. 1990. Cad. Cidades, p. C-5.

PRATA, M. Escritor relata o caso de Pinheiros. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 01 dez. 1988. Cad. Cidades, p. C-2.

68% DOS PRESOS de São Paulo têm AIDS, diz sindicato. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 05 jul. 1990.

PROGRAMA de distribuição de seringas em Santos. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 29 nov. 1989.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. *Decreto Federal nº 78.231*, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei Federal nº 6.259 e cria o sistema nacional de vigilância epidemiológica.

-. *Lei Federal nº 6.259*, de 30 de outubro de 1975, dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o programa nacional de imunizações e sobre a notificação compulsória de doenças.

ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

SCHEIMBERG, M. Quem deve ser testado? *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 25 ago. 1987. Cad. Cidades, p. A-10.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. *AIDS: como combater*. São Paulo, 1988.

-. *AIDS: como combater*. São Paulo, 1989.

SIEBENEICHLER, F. B. *Jurgen Habermas: razão comunicativa e emancipação*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

SIGILO médico na AIDS: aspectos médicos e legais. *Jornal do CREMESP*. São Paulo, set./out. 1987.

SÚMULA DOS SIMPÓSIOS SOBRE AIDS. *JAMB*. São Paulo, s/n, p. 1-5, 1987.

TSUZUKI, S. O desafio chamado AIDS. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, p. 03, 01 dez. 1989.

TUDO sobre AIDS. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 8p., 22 fev. 1987. (encarte)

VIGIA se diz contaminado, saiu nu e cria medo na véspera do dia contra a AIDS. *Folha de S. Paulo*. São Paulo, 01 dez. 1988. Cad. Cidades, p. C-1.

WITTGENSTEIN, L. *Investigações filosóficas*. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 1987. p. 159-611.

# **REFORMA DO ESTADO E POLÍTICA DE SAÚDE: DISCUSSÃO DA AGENDA DO BANCO MUNDIAL E DA CRÍTICA DE LAURELL**

---

*Artigo publicado na revista "Saúde em debate" (Londrina, n. 49-50, p. 34-43, dez/95-mar/96).*



O relatório sobre o desenvolvimento mundial de 1993 do Banco Mundial (*Investindo em Saúde*) é uma proposta pragmática da instituição que se constitui na grande elaboradora de políticas a partir dos processos de ajuste e mudança estrutural na década de 1980. Laurell identifica três objetivos nessa proposta: 1) Situar a saúde principalmente no âmbito privado e apenas em certas condições como tarefa pública; 2) Adequar a política às prioridades do ajuste fiscal, o que significa diminuir ou reestruturar o gasto público, incluindo a saúde; 3) Amortizar os custos sociais e políticos do ajuste, com construção de um discurso social centrado no combate à pobreza. A agenda do Banco Mundial recomenda que países de renda média, como o Brasil, devem concentrar-se em pelo menos quatro áreas básicas de reformas: eliminar gradualmente os subsídios públicos aos grupos mais abastados; ampliar a cobertura do seguro de saúde; dar opção de seguros aos consumidores; e estimular métodos de pagamento que permitam controlar os custos. Define como prioridade máxima que os governos financiem pacote restrito de medidas de saúde pública e de intervenções clínicas essenciais. Na determinação dos componentes do pacote de cada país, devem exercer forte influência as informações quanto ao quadro de incidência de doenças e a eficácia relativa, em termos de custos. A agenda se inscreve na ofensiva de recuperar os serviços sociais para as empresas privadas, ou seja, sua remercan-

tilização, que constitui um dos móveis do atual ataque ao Estado de bem-estar social em todo o mundo. A remercantilização tem entre seus requisitos a anulação do conceito de direitos sociais e das formas solidárias e igualitárias de garantí-las. Laurell adverte que aplicar a proposta básica da agenda significa, na maior parte dos países, embarcar o sistema de saúde em um experimento de larga escala sobre bases bastante incertas. Esta discussão de reforma do Estado e política de saúde ocorre em uma época que está marcada pelo fim de uma determinada utopia, da utopia que no passado cristalizou-se face à sociedade do trabalho. O Estado não é fonte de bem-estar, seguridade social e emprego como direito do cidadão. Neoconservadores e legitimistas socioestatais da sociedade industrial partilham a visão que a chave de uma modernização da sociedade livre de crises consiste em dosar eqüanimente a distribuição da carga de problemas entre os subsistemas economia e Estado. Habermas pensa que somente os dissidentes críticos desta sociedade partem de que o mundo da vida está ameaçado na mesma medida pela mercantilização e pela burocratização, e que eles podem formar o programa de Estado social que não se dirige somente a domesticar a economia de mercado, mas também a domesticar o Estado. Esta passagem será revolucionária se o universo da vida for imunizado contra os efeitos adversos de uma gestão calculada da existência.

Neste primeiro ano do governo Fernando Henrique Cardoso, em que se discutem a reforma do Estado e as políticas sociais no Brasil, devem ser cuidadosamente discutidas a agenda de reforma sanitária do Banco Mundial, proposta no Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993, *Investindo em Saúde*, e a relevante crítica de Cristina Laurell, professora-investigadora da Universidade Autônoma Metropolitana-Xochimilco do México. No sentido de estimular esta discussão, estamos apresentando os principais tópicos da agenda do Banco Mundial e da crítica de Laurell. Estamos preocupados em apresentar as duas posições a partir dos documentos onde estão enunciadas, com os vocabulários que lhes são próprios. Estas apresentações visam a discussão para além

das reduções do bem e do mal, das simplificações maniqueístas e dos alinhamentos apressados.

O relatório do Banco Mundial está estruturado em oito capítulos: A Saúde nos Países em Desenvolvimento: êxitos e desafios; Famílias e Saúde; Saúde: o papel do governo e o papel do mercado; Saúde Pública; Serviços Clínicos; Insumos na Área da Saúde; e Prioridades de Ação. Ele estuda a fundo um único setor, a saúde, no qual assume particular importância o impacto do financiamento público e da política pública. É proposto que as políticas governamentais adotem uma abordagem com três faces: *Primeiro, os governos precisam criar uma ambiência econômica propícia a que as famílias melhorem suas condições de saúde... Segundo, os gastos governamentais com saúde deveriam ser redirecionados para programas mais eficazes em função dos custos e que atendam melhor aos pobres... Terceiro, os governos precisam propiciar mais diversificação e concorrência no financiamento e na prestação de serviços de saúde...* (1993:iii)

Em função da relevância do relatório, o grupo de professores-investigadores de Medicina Social da Universidade Autônoma Metropolitana-Xochimilco, do qual faz parte Cristina Laurell, decidiu realizar uma análise pormenorizada do documento. Foi elaborado um discurso, no contexto do debate sobre as políticas de saúde, do impacto negativo da crise e do ajuste econômico sobre as instituições de saúde. Os resultados foram publicados em 1994: *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud.*

Laurell considera importante conhecer este relatório porque não é unicamente um ponto de referência obrigatório no debate sobre a política sanitária, senão porque muitas das mudanças em andamento ou por iniciar nos países latino-americanos estão fundamentadas em suas propostas. E avverte que se deve ter presente que não se trata de um documento entre os muitos preparados por organismos nacionais e internacionais, senão da proposta programática da instituição que se constitui no grande elaborador de políticas a partir dos processos de ajuste e mudança estrutural na década de 1980. O relatório é um documento programático consensuado com um grande número de órgãos. Isto resulta em um desen-

volvimento simultâneo de vários discursos e de diferentes linhas de argumentação, inclusive contraditórias entre si. Nele estão enunciadas praticamente todas as posições do debate das políticas de saúde da última década, o que faz com que quase todos os participantes deste debate possam identificarse com alguma parte do documento.

É evidente que as posições da agenda de reforma sanitária do Banco Mundial e da crítica de Laurell são complexas demais para serem qualificadas *a priori* em função de alinhamentos morais e metodológicos. Ambos apresentam enunciados e argumentos que exigem uma rigorosa análise e discussão destas falas como se fossem sinais do que o filósofo alemão Jurgen Habermas identifica com a perda da confiança em si mesmo por parte da cultura ocidental. E de propor a busca de saídas para estes dilemas no quadro da dissidência crítica da sociedade industrial.

## A AGENDA DA REFORMA SANITÁRIA DO BANCO MUNDIAL

O relatório do Banco Mundial apresenta as medidas que devem estar no topo da agenda dos países e *da comunidade de doadores*. Os objetivos são agrupados em três itens: 1) criar um ambiente propício para que as famílias melhorem suas condições de saúde; 2) tornar mais criterioso o investimento público em saúde e; 3) facilitar a participação do setor privado. Recomenda que os países de renda média (como o Brasil) devem concentrar-se em pelo menos quatro áreas básicas de reforma de políticas: eliminar gradualmente os subsídios públicos aos grupos mais abastados; ampliar a cobertura do seguro de saúde; dar opção de seguro aos consumidores; e estimular métodos de pagamentos que permitam controlar os custos.

Faz-se a recomendação aos países por maiores esforços para pôr em prática o discurso de redistribuição de recursos internos, maior acesso e maior eficiência. *Para isso, há necessidade de um ritmo mais rápido de crescimento macroeconômico. Muitos países terão ainda de impor reformas políticas fundamentais, destinadas a aumentar a participação dos cidadãos, e tornar o governo mais responsável pelas despesas no setor da saúde; pela prestação de serviços e por seu desempenho na área de regulamentação.* (1993:182)

A agenda de reforma sanitária é articulada com as reformas macroeconômicas com vistas à estabilidade e ao equilíbrio monetário. *Os governos deviam trabalhar no sentido de estimular o desenvolvimento econômico, reduzir a pobreza, aumentar a escolarização, sobretudo das meninas, e dar às mulheres mais condições de cuidar de suas famílias. Entre as alterações de ajuste estão incluídos cortes nos gastos públicos, liberalização dos preços, medidas para aumentar a eficiência dos gastos públicos e a instauração de um sistema financeiro viável e de outras instituições necessárias a uma economia de mercado que funcione bem. O Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional ampliaram seus empréstimos para ajuste, a fim de custear essas reformas. Os empréstimos visavam a amortecer choques econômicos durante a fase de transição para a nova via de crescimento. Logo, o empréstimo para ajuste constitui, em essência, investimento em um futuro mais produtivo; foi básico para as reformas na América Latina e na África subsaariana...* (1993:47)

A redução da pobreza é um argumento poderoso a favor dos investimentos em saúde. Os efeitos adversos de uma saúde precária atingem sobretudo os pobres, não só porque adoecem com mais freqüência, mas também porque sua renda depende do trabalho físico e eles não dispõem de meios para enfrentar situações de emergência. Assim, talvez fosse impossível para os pobres recuperarem-se de uma doença conservando intacto seu capital humano e financeiro. Neste sentido os gastos com saúde seriam um investimento produtivo: podem aumentar as rendas, sobretudo entre os pobres, e reduzir a carga de sofrimento humano causada pela doença. As boas condições de saúde são um objetivo fundamental do desenvolvimento e também um meio de acelerá-lo. Integrar a saúde ao esforço desenvolvimentista é um meio eficaz de melhorar o bem-estar. (1993:23)

O corte nos gastos governamentais é essencial nos programas de ajuste, o que torna provável a redução dos gastos com saúde. *Em muitos países, os cortes iniciais foram indiscriminados e não conseguiram preservar os elementos do sistema sanitário cujos benefícios à saúde são mais duradouros. Os cortes de medicamentos são mais acentuados que os de pessoal, porque é difícil demitir funcionários públicos...* (1993:48) A saúde pode ser beneficiada se os

governos intervirem menos em várias áreas – se evitassem intervenções nos mercados de produtos alimentícios, se cortassem os subsídios gerais ao abastecimento de água e ao saneamento, se eliminassem a maioria das restrições aos métodos contraceptivos e se abolissem os subsídios aos combustíveis. (1993:114)

O Banco Mundial afirma que a adoção das suas recomendações por parte dos governos dos países em desenvolvimento pode melhorar enormemente o estado de saúde de suas populações, em especial o das famílias carentes, e contribuir também para o controle dos gastos com assistência médica. O Banco reivindica para si a capacidade de cumprir a meta *Saúde para todos no ano 2000* da Organização Mundial de Saúde – OMS: *Essas recomendações abrirão caminho para que se concretize a meta contida na declaração da histórica Conferência de Alma-Ata de 1978: 'A consecução, por todos os povos do mundo até o ano 2000, de um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva'.* (1993:15)

As recomendações procuram adaptar-se às circunstâncias diversas dos ditos países em desenvolvimento: os de baixa renda da África e do sul da Ásia, os de renda média da América Latina e do Leste asiático, e as ex-economias socialistas europeias e da Ásia Central. Ao discutir as prioridades de ação, *descreve as reformas de que o setor de saúde necessita, determina a viabilidade das mesmas, examina os principais obstáculos às reformas e traça as linhas-mestras de estratégias para vencê-los.* (1993:166)

A diversidade dos sistemas de saúde do mundo é tão grande quanto a diversidade das iniciativas de reforma. O Banco Mundial busca identificar temas em comum a estas iniciativas. *Primeiro, os governos vêm cada vez mais reconhecendo a importância central do papel que exercem no setor de saúde pública... Segundo, vêm buscando maneiras de introduzir maior competitividade e de promover a diversificação de instituições públicas e privadas na prestação de serviços médicos. Terceiro, vêm examinando novos métodos de financiamento e seguro, inclusive taxas seletivas para serem pagas por usuários do setor público, sistemas que desestimulam o reembolso de terceiros, sistemas que*

*combinam o financiamento proveniente do seguro social obrigatório com o financiamento pela receita geral de impostos, e sistemas que estabelecem orçamentos fixos para cada paciente ou cada caso.* (1993:175)

O Banco Mundial considera que é mais fácil realizar a cobertura universal se o governo limitasse o pacote essencial de serviços segurados que fossem altamente eficazes do ponto de vista de custos. O relatório discute a interação dos serviços de saúde com as famílias de dois modos: programas de saúde e serviços clínicos. *Os programas de saúde pública lidam com os problemas de populações inteiras ou subgrupos populacionais. Visam prevenir doenças ou traumas ou prestar informações sobre automedicação e a importância de buscar tratamento. Os serviços clínicos atendem a demanda dos indivíduos. Geralmente buscam curar ou aliviar a dor dos que já estão enfermos.* (1993:77)

O Banco enumera seis intervenções de saúde pública que são especialmente eficazes em função dos custos: serviços para segmentos populacionais (incluindo imunização), nutrição, fecundidade, tabaco e outras drogas, meio ambiente familiar e externos (incluindo o controle de vetores) e a AIDS. Os pacotes de saúde pública nos países em desenvolvimento devem incluir medidas em todas essas seis áreas ou na maioria delas: programa ampliado de imunizações, incluindo suplementação de micronutrientes; programas sanitários escolares para tratar as verminoses e a deficiência de micronutrientes, e também para transmitir noções de higiene; programas para esclarecer o público sobre planejamento familiar e nutrição, sobre a conveniência da automedicação ou buscar tratamento, e sobre o controle de vetores e doenças; programas para reduzir o consumo de tabaco, álcool e drogas; e programas para prevenção da AIDS, com ênfase nas DST.

Na determinação dos serviços que constarão do pacote de cada país, devem exercer forte influência as informações quanto ao quadro de incidência das doenças e a eficácia relativa, em termos de custos, das intervenções clínicas. Devem constar do pacote, no mínimo, cinco grupos de intervenções que tenham por alvo impactos de doença muito fortes. Todas

as intervenções clínicas propostas são eficazes em termos de custo, que em geral fica bem aquém de US\$ 50 por AVAI (anos de vida ajustados por incapacidade) ganho. Os cinco grupos são: 1) serviços de assistência à gestante (atendimento pré-natal, no parto e pós-parto); 2) serviços de planejamento familiar; 3) controle de tuberculose; 4) controle das DST; e 5) atendimento das doenças graves comuns em crianças pequenas – doenças diarréicas, infecções respiratórias agudas, malária e desnutrição aguda.

Deve-se avaliar cuidadosamente o método que o Banco Mundial usa para dimensionar os problemas sanitários. O relatório critica o uso das taxas de mortalidade porque esse indicador não regista as perdas causadas por deficiência física, dor ou qualquer outro tipo de incapacidade. E apresenta o estudo feito em colaboração com a Organização Mundial de Saúde para medir o impacto global da doença (IGD), somando as perdas por morte prematura (definida como a diferença entre a idade em que realmente ocorreu o óbito e a expectativa de vida nessa mesma idade em uma população com baixo índice de mortalidade) e a perda de vida saudável causada por incapacidade. O IGD é medido em termos de anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI). (1993:27)

Esse indicador é usado para orientar a racionalidade econômica das opções de políticas sociais de *investir em saúde pública e serviços clínicos essenciais*. *O ganho em saúde por dólar gasto varia bastante dependendo da gama de intervenções que os governos estejam financiando. Redirecionar recursos das intervenções de alto custo por AVAI ganho para intervenções mais baratas poderia reduzir drasticamente o impacto da doença, sem produzir aumento de despesa. É de prioridade máxima que os governos financiem um pacote restrito de medidas de saúde pública e intervenções clínicas essenciais; após financiar esse mínimo para todos, alguns governos talvez se inclinem por um pacote essencial mais amplo para o país.* (1993:9)

O Banco considera que para assegurar a prestação de serviços básicos de saúde pública e atendimento clínico essencial serão necessárias grandes reformas nos sistemas de saúde e substanciais realocações de gastos públicos. Desse modo, os governos só poderão se concentrar na garantia de

atendimento clínico eficaz em termos de custos para os carentes quando reduzirem ou abolirem os gastos com serviços clínicos discricionários. As reformas impõem, então, reorientar os novos gastos governamentais com saúde do topo dos sistemas sanitários – pessoal, equipamentos e instalações especializadas – para a base da pirâmide – para a assistência médica de amplo acesso em instalações comunitárias e centros de saúde. Pouquíssimas intervenções eficazes em função dos custos dependem de hospitais sofisticados e médicos especializados – todos os serviços que constam do pacote mínimo de serviços clínicos essenciais propostos no relatório podem ser prestados em centros de saúde e hospitais distritais.

Se os governos reduzissem – ou eliminassem, se possível – a alocação de verbas para serviços discricionários, estariam promovendo eficiência e eqüidade. Neste sentido *muitos tratamentos médicos apresentam tão pouca eficácia em termos de custos que os governos não deveriam incluí-los no pacote clínico essencial. Nos países de baixa renda, figuram entre esses tratamentos as cirurgias cardíacas; terapias de cânceres quase sempre fatais como o de pulmão, o de fígado e o de estômago (salvo quando se trate de aliviar a dor); terapias medicamentosas caras para infecções por HIV; e tratamento intensivo para bebês muito prematuros.* (1993:123)

O relatório questiona também a função do setor público e do setor privado na prestação de serviços clínicos. *Em muitos países em desenvolvimento os sistemas sanitários administrados pelo governo são grandes demais e deveriam ser reduzidos. Para tanto, são necessárias alterações jurídicas e administrativas que facilitem a prestação de serviços pela iniciativa privada (ONG ou entidades com fins lucrativos), e é necessário também que as ONGs recebam subsídios públicos para prestarem os serviços do pacote essencial e que haja corte de novos investimentos em hospitais públicos terciários. Por outro lado, os serviços de saúde do setor público poderiam ganhar muito em eficiência caso a administração dos hospitais e programas do governo fossem descentralizadas e aperfeiçoadas.* (1993:115)

A concorrência entre fornecedores de um pacote de serviços de saúde, claramente especificados e previamente pagos, contribui para melhorar a qualidade e aumentar a eficiência.

ciência. E mesmo quando existe pouca ou nenhuma concorrência direta entre as seguradoras, pode ainda ser melhor ter várias instituições de seguro semi-independentes do que apenas um único grande órgão paraestatal. Quando o seguro social cobre serviços prestados por hospitais do governo, a concorrência com o setor privado pode contribuir para melhorar o desempenho. Outro método promissor é permitir que os hospitais públicos concorram entre si como empresas semi-autônomas, como está sendo feito no Reino Unido.

Os países em desenvolvimento devem tomar medidas para corrigir a ineficiência que permeia os programas e estabelecimentos de saúde, e principalmente os serviços públicos. E recorrer mais ao setor privado para prestação de serviços clínicos, o que pode contribuir para aumentar a eficiência. Dentre as ações do governo que visam incentivar a assistência médica privada, é essencial a regulamentação. *Os governos têm importante papel a cumprir no que tange à qualidade da assistência médica prestada pelo setor privado, o que envolve credenciamento de hospitais e laboratórios, licenciamento de escolas de medicina e médicos, regulamentação de medicamentos e inspeção de procedimentos clínicos.* (1993:14)

No que se refere aos subsídios, é dito que os governos devem reduzir e finalmente eliminar os subsídios públicos oferecidos a grupos mais abastados. *Isso pode ser feito cobrando-se preços que cubram inteiramente os custos, no caso de pessoas seguradas que usem hospitais do governo e recorram às clínicas para obtenção de serviços não incluídos no pacote nacional de serviços essenciais, e reduzindo-se as deduções de impostos referentes a contribuição de seguro.* (1993:171)

Quanto ao controle de custos, os governos dispõem de opções para limitar os pagamentos efetuados a prestações de serviços de saúde. Uma das opções é incentivar o pagamento prévio de uma quantia fixa por pessoa, como vêm fazendo as organizações privadas de manutenção de saúde e o Serviço Nacional de Saúde britânico. Outra é as seguradoras negociarem taxas uniformes em conjunto com médicos e hospitais ou as próprias seguradoras estabelecerem pagamentos fixos para diagnoses médicas específicas, como no Brasil. Há ainda uma

terceira opção – *concorrência controlada*, testada em pequena escala nos Estados Unidos. (1993:15)

A reforma sanitária é um esforço contínuo e complexo. O Banco afirma que nem governos nem mercados livres podem eficientemente distribuir recursos para o setor de saúde. Na busca de um meio termo, os governantes têm de lidar com grupos de interesses poderosos (médicos particulares, seguradoras e fabricantes de medicamentos e equipamentos médicos) e fortes eleitorados políticos, inclusive habitantes das cidades e operários das indústrias. *Os funcionários da saúde irão objetar contra mudanças que ameacem sua estabilidade no emprego, seus níveis de renda e grau de autonomia profissional. As companhias farmacêuticas, os fabricantes de equipamento médico e outros fornecedores tentarão bloquear medidas que, para eles, exerçam efeito adverso sobre os mercados, receitas e lucros. As elites políticas e econômicas, bem como as organizações trabalhistas, procurarão preservar os subsídios públicos existentes nas áreas de seguro e serviços médicos dos quais se beneficiam e manter o seu acesso privilegiado ao atendimento clínico.* (1993:182)

Entre os obstáculos para implantar a agenda estão as mudanças no perfil demográfico do mundo em desenvolvimento, inclusive o envelhecimento, que vêm criando novos quadros de doença. As recentes mudanças microbiológicas, tais como a AIDS e tipos de tuberculose e malária resistentes à medicação, exigem mudanças de comportamento, novos medicamentos e novas maneiras eficazes de prestar serviços de saúde. O Banco Mundial encerra seu relatório dizendo que se os governos dos países em desenvolvimento aceitarem os desafios e adotarem as importantes reformas de política de saúde delineadas, haverá enorme melhora de bem-estar humano nos próximos anos. *Grande parte do atual impacto da doença – um quarto, talvez – será evitada. E os seres humanos de todo o mundo, especialmente o bilhão ou mais de pessoas que hoje vivem na pobreza, terão uma vida mais longa, mais saudável e mais produtiva.* (1993:183)

## O DISCURSO DA CRÍTICA DE LAURELL

Laurell inicia a sua crítica da agenda do Banco Mundial enunciando os seus três objetivos: 1) situar a saúde principalmente

no âmbito privado e apenas em certas condições como tarefa pública; 2) adequar a política às prioridades do ajuste fiscal, o que significa diminuir ou reestruturar o gasto público, incluindo a saúde; 3) amortizar os custos sociais e políticos do ajuste, com construção de um discurso social centrado no combate à pobreza. Expõe as três premissas subjacentes ao relatório: 1) a saúde pertence ao âmbito privado e o governo só deve ocupar-se dos problemas de saúde quando os privados não querem ou não podem resolvê-los; 2) o setor público é inefficiente e freqüentemente inequitativo – devido às diferenças de poder de pressão sobre o governo dos diferentes grupos – enquanto o setor privado é eficiente e mais equitativo; 3) os recursos públicos para a saúde são e continuarão sendo escassos. (1994:10)

A partir dessas premissas propõe-se uma redistribuição das responsabilidades com respeito à saúde entre o público e o privado. As responsabilidades públicas correspondem estritamente àquelas tarefas que os privados não podem ou não querem assumir: 1) a produção de bens públicos no sentido estrito; 2) algumas ações direcionadas aos indivíduos com grandes externalidades, ou seja, que implicam grandes benefícios coletivos; 3) medidas regulatórias e de informações para se contrapor às imperfeições do mercado; 4) algumas ações com alto rendimento custo-benefício para aliviar a pobreza crítica. Em concordância com as premissas de que a saúde pertence ao âmbito privado e que a atenção à saúde é um bem privado, o Banco Mundial assinala um papel de primeira ordem aos agentes privados. Inclui entre eles três atores com caracteres muito diferentes: a pessoa e sua família, as instituições ou organismos privados não-lucrativos e os privados que operam no mercado com fins lucrativos.

Laurell observa que *fiel a sua concepção ideológica individualista, o Banco Mundial sustenta que o que as pessoas fazem com sua vida e seus filhos importa muito mais que qualquer coisa que façam os governos, desconhecendo toda determinação econômica e social do âmbito dentro do qual se encontram e atuam os indivíduos. O principal responsável pela saúde é, portanto, o indivíduo e o grupo familiar que devem adotar uma conduta saudável e resolver suas en-*

*fermidades adquirindo os serviços médicos necessários no mercado.* (1994:13) O papel dos organismos privados não-lucrativos concerne às populações de baixos recursos que não podem recorrer ao mercado para atender aos seus problemas de saúde. Se ressalta particularmente o trabalho das organizações não-governamentais e se propõe, inclusive, que é conveniente encarregá-las de algumas tarefas governamentais e apoiá-las financeiramente. O argumento usado para sustentar tal proposta é que elas tendem a ser mais eficientes que as instituições públicas.

O grosso da assistência clínica, os serviços discricionários, devem ser administrados por critérios mercantis e ficar em mãos dos privados, que operam sob a lógica do mercado. Se reconhece que esta proposta só é factível se forem produzidos mecanismos de financiamento que garantam a capacidade de pagamento dos clientes, ou seja, uma demanda efetiva e um mercado estável. Com isto se introduz as seguradoras como um agente central no campo da saúde junto com os prestadores privados de serviços médicos. A justificativa explícita para transferir o financiamento e a prestação dos serviços clínicos ao setor privado se sustentaria em três argumentos: 1) a pobreza do Estado; 2) a ineficiência do setor público, e; 3) a inequidade do acesso aos seus serviços. A pobreza do Estado é apresentada como se fosse um fato objetivo e não modificável. Laurell observa com propriedade que *não se comparam nem a ineficiência nem a inequidade do setor público com a ineficiência e inequidade da opção privada de resolução dos problemas de saúde. O exemplo mais evidente desta opção são os EUA, cuja crise de custos e de cobertura em saúde é patente e bem conhecida.* (1994:16)

Laurell faz uma crítica enfática dos pressupostos éticos da agenda dos serviços médicos considerados como discricionários, que os iguala com qualquer outro objeto de consumo ou mercadoria, quando o acesso a muitos deles significa a diferença entre a vida e a morte ou entre danos físicos ou mentais graves e condições aceitáveis de desenvolvimento das capacidades. *Dado que a saúde concerne diretamente à preservação da vida e do desenvolvimento das capacidades humanas, pode-se sus-*

*tentar que é uma necessidade humana básica em sentido estrito. Assim, todo ser humano deve ter direito à satisfação ótima desta necessidade; direito que só pode ser garantido mediante a ação pública, particularmente nas sociedades marcadas por profundas desigualdades como são as latino-americanas.* (1993:17)

Outra premissa subjacente à proposta do Banco Mundial é a de que, tanto o conteúdo do pacote de ações do Estado quanto a escolha individual dos serviços a consumir no mercado, podem orientar-se por uma racionalidade econômica baseada no cálculo de custo-benefício. Se tenta, desse modo, exorcizar todos os significados histórico, cultural, simbólico e afetivo que têm a saúde, a doença e a morte. O contexto de racionalidade econômica do cálculo de custo-benefício, proposto para determinar o conteúdo do pacote básico de ações, pode parecer impecável em termos de otimizar o uso dos recursos. Entretanto, além de suas dificuldades técnicas, tem a grave limitação de subtrair problemas éticos fundamentais. Talvez seja possível responder às perguntas sobre quem deve viver e quem não deve e na saúde de quem é rentável investir e na saúde de quem não é com os cálculos de custos da ação e AVAI ganhos em relação a uma população abstrata. Entretanto, esta equação quando traduzida a pessoas concretas, doentes ou ameaçadas de morte, resulta em um problema muito diferente.

*A forma sob a qual as sociedades modernas resolvem as questões ético-valorativas relativas a todos os seus membros é fixando democraticamente prioridades sociais – através da confrontação e posterior acordo – e assinalando-lhes estatuto de direitos com sua contrapartida de deveres. A garantia da realização destes direitos geralmente estão a cargo do Estado que os instrumentaliza através das instituições públicas.* (1994:24)

A proposta do Banco Mundial encontra sua explicação no mundo material dos interesses econômicos. *Atrás dela está a intenção de recuperar e legitimar a atenção à saúde como atividade econômica privada e convertida em um novo campo de acumulação capitalista. Esta proposta se inscreve na ofensiva de recuperar os serviços sociais para a empresa privada, ou seja, sua remercantilização, que constitui um dos móveis do atual ataque ao Estado de bem-estar*

*em todo o mundo.* (1994:26) A implicação disto é que a privatização na saúde só interessa na medida em que pode constituir em um âmbito de acumulação. *As evidências empíricas demonstram que a deterioração das instituições públicas tem significado um forte impulso ao sistema privado de saúde, tanto no que se refere aos seguros quanto às empresas médicas, nos países de renda média, como são a maioria dos países latino-americanos.* (1994:27)

A remercantilização dos serviços de saúde tem entre seus requisitos a anulação do conceito de direitos sociais e de formas solidárias e igualitárias de garantir-lhos. *É assim precisamente porque a transferência do rentável para o setor privado requer mecanismos de inclusão e exclusão que são incompatíveis com a noção de direito a proteção à saúde, que, por definição, é includente.* (1994:27) O terceiro requisito da remercantilização é criar mecanismos para que a demanda seja uma demanda efetiva, ou seja, respaldada com o poder de compra. Um último requisito é estabelecer critérios e mecanismos de segregação que permitam separar o rentável do não rentável.

Ainda que o Banco Mundial advira contra a seleção adversa do sistema privado, ele não é capaz de demonstrar que isto pode ser evitado sob a lógica de mercado. A razão apontada por Laurell é que as empresas privadas operam com critérios de maximização da riqueza e não com a satisfação das necessidades sociais. Segundo os critérios fixados pelo próprio Banco, uma política de saúde é satisfatória quando produz melhores condições de saúde, satisfação dos usuários com a atenção, maior eqüidade e menores custos. Laurell conclui: *É difícil vislumbrar que a política de impulso à privatização seletiva possa satisfazer sequer um dos critérios se se observa do ponto de vista do conjunto da população. A exclusão de uma parte da população de muitos dos serviços discricionários não provocará melhorias na saúde e tão pouco a satisfação dos excluídos da atenção... Longe de lograr maior eqüidade, a privatização seletiva significa um incremento brusco na iniquidade...* (1994:30)

Laurell se contrapõe aos que argumentam que a pobreza de um país o impede de alcançar a satisfação ótima das necessidades de saúde, dizendo que este argumento deveria estar acompanhado, em cada caso, da análise da distribuição

da riqueza nacional. E complementa dizendo que *em países de renda média (como o México e o Brasil) não é a falta absoluta de recursos nacionais que explica a não satisfação das necessidades de saúde, senão a sua concentração em um grupo muito reduzido; situação que se agrava no quadro de ajustes e mudanças estruturais.* (1994:18)

Laurell se detém na avaliação das consequências e dos riscos da aplicação da proposta do Banco Mundial. Em primeiro lugar, ela considera que optar por aplicar a agenda do relatório significa na maior parte dos países embarcar o sistema de saúde em um experimento em larga escala sobre bases bastante incertas. O Banco Mundial estaria induzindo a uma engenharia econômica e social, sem sustentabilidade garantida a médio e longo prazo, nos países que menos recursos têm para reconstruir suas debilitadas instituições públicas. *A responsabilidade é enorme pois estão sendo colocados em jogo processos irreversíveis cujos efeitos recairão justamente sobre a população que se diz querer favorecer.* (1994:23)

Neste experimento as instituições públicas são as mais prejudicadas, pois ele implica em sua parcial desmontagem e o desaparecimento ou desarticulação de programas e entre os níveis de atenção. *Neste contexto há que reivindicar que o sistema público de saúde, apesar de sua marcada deterioração durante a última década, segue sendo a única alternativa de atenção para a maioria da população latino-americana.* (1994:23)

## **A DISSIDÊNCIA DEPOIS DA PERDA DE CONFIANÇA**

A desvalorização do caráter exemplar do passado e a necessidade de extrair princípios normativos das próprias experiências e formas de vida contemporâneas explicam a mudança no espírito da época. O espírito da época é o meio em que se movem o pensamento e as pugnas políticas. O espírito da época recebe impulsos de dois movimentos de pensamentos contrários, mas remetidos um ao outro e interligados entre si: o espírito da época se prima na colisão do pensamento histórico e do pensamento utópico.

Os clássicos da teoria social, de Marx a Weber, estavam de acordo que a estrutura da sociedade moldou-se atra-

vés do trabalho abstrato, por um tipo de trabalho remunerado, regido pelo mercado, aproveitado de forma capitalista e organizado empresarialmente. Como a força de trabalho abstrato desenvolveu uma força que penetrou todos os domínios, as expectativas utópicas também puderam dirigir-se à esfera da produção, em suma, para a emancipação do trabalho da determinação externa.

As utopias são o *medium* para as possibilidades alternativas de vida, que devem estar potencializadas no próprio processo histórico. *As utopias clássicas traçaram as condições para uma vida digna do homem, para a felicidade socialmente organizada; as utopias sociais fundidas ao pensamento histórico – que interferem nos debates políticos desde o século XIX – despertam expectativas mais realistas. Elas apresentam a ciência, a técnica e o planejamento como instrumentos promissores e seguros para um verdadeiro controle da natureza e da sociedade.* (1987:105)

O futuro afigura-se negativamente no limiar do século XXI. Desenha-se o panorama aterrador e cheio de riscos, em ameaça mundial, aos interesses da vida em geral: a espiral armamentista, a difusão incontrolada de armas nucleares, o empobrecimento estrutural dos países em desenvolvimento, o desemprego e o desequilíbrio social crescente em países desenvolvidos, problemas com o meio ambiente sobrecarregado, e altas tecnologias operadas às raias da catástrofe, que invadem a esfera pública através dos meios de comunicação de massa.

As energias utópicas tem se consumido, como se tivessem abandonado o pensamento histórico. As respostas dos intelectuais, não menos do que as dos políticos, refletem ceticismo. Difunde-se a suspeita de que o esgotamento das energias utópicas não é somente sinal de um pessimismo cultural transitório, mas poderia também ser sinal de uma mutação na consciência do tempo. Habermas afirma que *o que está mudando não é a estrutura do espírito da época, nem a forma do debate sobre as possibilidades de vida no futuro; tampouco as energias utópicas em geral estão se retirando da consciência histórica. Estamos assistindo, mais exatamente, ao fim de uma determinada utopia, da utopia que no passado cristalizou-se face à sociedade do trabalho.* (1984:142)

Habermas sustenta que a utopia do trabalho perdeu a sua força persuasiva – e isso não apenas porque as forças produtivas perderam sua inocência ou porque a abolição da propriedade privada dos meios de produção não resultou por si só no governo autônomo dos trabalhadores. Acima de tudo, a utopia perdeu seu ponto de referência na realidade: está decrescendo a força que o trabalho abstrato tem de formar estruturas e de configurar a sociedade. Habermas fala de esgotamento das energias utópicas da sociedade do trabalho: *A nova ininteligibilidade é própria de uma situação na qual um programa de Estudo social perdeu a capacidade de abrir possibilidades futuras de uma vida coletivamente melhor e menos ameaçada.* (1987:105)

A utopia do trabalho não apenas atraiu intelectuais e inspirou o movimento operário, mas também deixou marcas em três programas diversos de grande relevância histórica: o reformismo do Estado social em democracias ocidentais, os partidos comunistas (com as várias correntes marxistas) e o corporativismo autoritário do nazi-fascismo. É na situação em que o programa do Estado social perde a sua capacidade de vislumbrar possibilidades futuras de uma vida coletivamente melhor e menos ameaçada, que fica evidente a perplexidade de intelectuais e políticos.

As relações de trabalho continuam mantendo sua posição de referência nas medidas tendentes a humanizar um trabalho que permanece heterônomo, mas, sobretudo, nos benefícios compensatórios que têm por objetivo absorver os riscos fundamentais do trabalho assalariado: acidentes, enfermidades, desemprego e invalidez na velhice. Os compromissos que o Estado social representa, a pacificação do antagonismo de interesses, hão de conseguir-se mediante uma intervenção do poder estatal, legitimado democraticamente, no processo de produção e acumulação capitalista, para protegê-lo e moderá-lo. No programa do Estado social, ao normalizar o *status* do trabalhador mediante os direitos de participação política e de participação no produto social, a massa da população tem a oportunidade de viver em liberdade, em justiça social e em crescente bem-estar. Em suma, trata-se de discutir as possibilidades de composição entre a economia do merca-

do e a democracia e da possibilidade de produção, com instrumentos jurídico-burocráticos, de novas formas de vida.

O Estado social enfrenta sensíveis limitações estruturais sob as quais hão de encontrar-se e manter-se os compromissos que representa: estagnação econômica, desemprego crescente, crise fiscal. O Estado social deixa intacta a forma de funcionamento da economia, a redistribuição de renda reduz-se, no fundamental, a uma redistribuição horizontal dentro do grupo de trabalhadores dependentes, permanecendo intacta a estrutura de patrimônios e a distribuição das propriedades.

O Estado social não é, por si, fonte autônoma de bem-estar e não pode garantir a segurança do emprego como direito do cidadão. Por outro lado, existem os problemas decorrentes da unilateralidade nas tarefas de regular o poder econômico e de descartar do universo da vida dos trabalhadores os efeitos destrutivos da produção e da acumulação econômica submetida à crises cíclicas. Uma rede de normas disciplinares e dispositivos de vigilância recobre a vida cotidiana dos cidadãos-clientes.

Deve-se advertir, contudo, que Habermas considera que as instituições do Estado social representam um passo em direção a alguma coisa para a qual, nas sociedades do nosso tipo, não existe opção visível, nem em relação às funções que o Estado social cumpre, nem tampouco em relação às exigências das normas justificadas que esse Estado satisfaz. E ele acrescenta que países como o Brasil não têm qualquer razão para desviar-se desse caminho.

Habermas distingue três tipos de reações mais ou menos desarticuladas perante os dilemas da utopia da sociedade do trabalho: os legitimistas, os neoconservadores e os dissidentes. Os primeiros defendem a legitimidade da sociedade industrial na sua forma de Estado social. São os verdadeiros conservadores atuais, que querem a estabilidade e esperam encontrar o ponto de equilíbrio entre o Estado social e uma modernização realizada em termos de economia de mercado.

Os neoconservadores também defendem a sociedade industrial, mas criticam firmemente a estrutura do Estado so-

cial. Eles se caracterizam por três componentes: em primeiro lugar, executam uma política econômica orientada em função da oferta, com taxas de desemprego elevadas e redução dos benefícios prestados pelo Estado. Em segundo lugar, procuram diminuir os custos de legitimação do sistema político, com fomentação de modelos neocorporativistas e sistemas de intermediação (“desregulamentações”). Em terceiro lugar, têm uma política cultural que tenta desacreditar os intelectuais e destacar tradições culturais.

O legitimismo socioestatal e os neoconservadores da sociedade industrial partilham a visão de que a chave de uma modernização social livre o mais possível de crises consiste em dosar eqüanimente a distribuição da carga de problemas entre os subsistemas Estado e economia. Uns vêm a causa da crise na desenfreada dinâmica interna da economia, outros a vêm nos grilhões burocráticos que são impostos a essa mesma dinâmica. A domesticação social do capitalismo ou a retransferência ao mercado dos problemas da administração planejadora são as terapias correspondentes. Um lado vê a fonte da desordem na força de trabalho monetarizada e contabilizada, o outro a vê na contenção ou paralisação burocrática da iniciativa privada.

Entretanto, ambos os lados concordam em que os domínios de interação do mundo da vida com maior necessidade de proteção só podem desempenhar um papel passivo diante dos verdadeiros motores, que são o Estado e a economia. Ambos estão convencidos de que o mundo da vida só pode ser suficientemente desatrelado e protegido contra as invasões sistêmicas se Estado e economia se recomponserem em uma relação eqüânime e reciprocamente se estabilizarem.

Uma terceira forma de reação é a dissidência dos críticos do crescimento, os quais adotam uma posição ambivalente frente ao Estado social, congregando diferentes minorias que compõem uma aliança antiprodutivista. O que os une é a recusa das visões produtivistas do desenvolvimento econômico e social. Habermas afirma que somente a dissidência crítica da sociedade industrial parte de que o mundo da vida está ameaçado na mesma medida pela mercantilização e pela

burocratização. *Somente os dissidentes julgam ser necessário fortalecer a autonomia do mundo da vida ameaçado em seus fundamentos vitais e em sua tessitura comunicativa. Só eles exigem que a dinâmica interna dos subsistemas governados pelo poder e pelo dinheiro seja quebrada ou pelo menos contida por formas de organização mais próximas da base e autogestionárias.* (1987:302)

Na medida em que os dissidentes críticos não ultrapassam a mera dissidência, na medida em que permanecem restritos aos fundamentalismos da grande recusa e não oferecem mais do que o programa de negação e de interrupção do crescimento e indiferenciação, eles tornam a ficar aquém de uma noção de Estado social. O controle interno e o redirecionamento da dinâmica da administração pública vão exigir uma mudança completa da relação entre espaços públicos autônomos, auto-organizados, por um lado, e os campos de ação do poder e do dinheiro, por outro.

Sua resposta só poderá converter-se em uma ofensiva se o programa de Estado social não buscar recalcar os êxitos ou interromper o programa, e sim prosseguir em um nível superior de reflexão. Isto quer dizer que o programa do Estado social não se dirige somente a domesticar a economia de mercado, mas a domesticar o Estado mesmo. Este passo seria revolucionário se o universo da vida fosse imunizado contra os efeitos contraproducentes de uma gestão calculada da existência.

As sociedades modernas dispõem de três recursos para satisfazer suas necessárias operações de controle: o poder, o dinheiro e a solidariedade. Entre as esferas de influência destes recursos deve-se conseguir outro equilíbrio. O poder de integração social que a solidariedade possui tem que poder afirmar-se contra os poderes dos outros recursos. Os âmbitos da vida que se especializam em transmitir valores e saber, em integrar grupos e em socializar os membros da sociedade recorrem sempre à fonte da solidariedade: o universo da vida reproduz-se através da ação orientada em função do entendimento intersubjetivo. Dessa mesma fonte teria que nutrir-se também a formação de uma vontade coletiva para influir no estabelecimento de limites e no intercâmbio entre os âmbitos

da vida estruturados comunicativamente, por um lado, e a economia e o Estado, por outro.

A solidariedade para a utopia da sociedade do trabalho era pressuposto ou condição marginal. Agora converteu-se em tema. A partir deste tema os acentos utópicos deslocaram-se do conceito de trabalho para o conceito de comunicação. Fala-se em acentos porque mudou também o tipo de conexão com a tradição utópica. Não se fecha de modo algum a dimensão utópica da consciência histórica e da discussão política. Quando os oásis utópicos secam, difunde-se o deserto de banalidades e de ceticismo. Contudo, desvanecem-se também as ilusões e os fetiches.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 1993: Investindo em Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993.

HABERMAS, J. A cultura ocidental e a perda de confiança em si mesma. In: *Revista de las Cortes Generales*, n. 3, Tercer quadrimestre, Madrid, 1984.

–. A nova intransparência: a crise do Estado de bem-estar social e o esgotamento das energias utópicas. In: *Novos Estudos CEBRAP*, n. 16, p. 103-114, set. 1987.

LAURELL, A. C. et al. *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. Mexico: UAM, 1994.

# AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE INTRODUÇÃO E DE IMPLEMENTAÇÃO DAS TERAPIAS ANTI-RETROVIRAIS PARA PESSOAS COM HIV/AIDS NO BRASIL

---

*Documento apresentado e discutido com técnicos da UNAIDS e do Ministério da Saúde e com especialistas convidados na oficina de trabalho "Os desafios da terapia anti-retroviral no Brasil", realizada em março de 1998 em Brasília.*



Este trabalho quer contribuir para a avaliação do processo de introdução e de implementação das terapias anti-retrovirais para pessoas com HIV/AIDS no Brasil, especialmente as suas implicações para as organizações de saúde. A introdução das terapias anti-retrovirais deve ser entendida no contexto do processo social de construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

A avaliação deve ser pensada como parte da administração das organizações de saúde em contextos e em processos democráticos, quando se está disposto a verificar, medir e discutir o valor das intervenções. Avaliar é um meio sistemático de aprender empiricamente e de utilizar as lições aprendidas para a melhoria das atividades em curso e para o fomento de planos mais satisfatórios, mediante a seleção rigorosa entre diferentes possibilidades de ação futura. Deve ser, pois, um processo permanente que busca aumentar a qualidade e a efetividade das intervenções de saúde.

A infecção por HIV não é uma infecção viral como outras. A AIDS é agravo recente, que emergiu e se definiu operacionalmente como contagioso, incurável e mortal. A AIDS tem requerido múltiplos esforços e medidas para controlar e prevenir a disseminação do vírus da imunodeficiência humana – HIV e a expansão catastrófica da epidemia.

As pessoas saberem que são soropositivas era entrar em um outro mundo. A vida dessas pessoas era marcada por consultas médicas, procedimentos diagnósticos, internações hospi-

talares, integração com organizações sociais. Elas precisavam rearrumar a vida cotidiana, tanto material quanto simbólica, o trabalho e as relações com os outros. As pessoas com HIV/AIDS se transformaram em personagens do processo social da doença. A experiência das suas organizações próprias e de apoio demonstraram a eficácia da solidariedade.

As organizações de saúde compreenderam que ela impõe uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar da pessoa com HIV/AIDS, que observe e respeite o seu contexto de vida. A falta de uma cura e a sua elevada letalidade ampliaram a necessidade de, ao lado da melhor tecnologia, considerar a pessoa em sua dimensão subjetiva, com suas dores e sua solidão, para assegurar o seu bem-estar.

As necessidades das pessoas com HIV/AIDS passaram a requerer a adaptação das organizações de saúde. Não pode ser desprezada a pressão das organizações não-governamentais neste sentido. Assim foram sendo construídas opções de cuidado da saúde, incluindo o hospital-dia e os modos de assistência domiciliar terapêutica e reforçados os procedimentos para melhorar a biossegurança e prevenir as infecções.

O Programa Nacional de Controle das DST/AIDS opera com o pressuposto de que os meios usados nas intervenções para promoção, proteção e recuperação da saúde são válidos e eficazes. Contudo, deve testar a eficácia das intervenções nos ambientes sociais e em diferentes condições de execução em termos de escala. É necessário verificar o grau de eficácia com eficiência.

A sociedade está buscando uma terapêutica cada vez mais eficaz contra a AIDS. Graças ao trabalho médico, à sua observação cotidiana, à colaboração com pesquisadores e com doentes, à cooperação em matéria de ensaios clínicos, pode se aumentar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida das pessoas com HIV/AIDS.

A tendência tem sido a abordagem global da doença que considere o vírus, as infecções oportunistas, os co-fatores e o estadio imunitário. Os pesquisadores propõem que a pesquisa clínica mundial procure desenvolver os diferentes ensaios terapêuticos, avaliar as melhores associações medicamentosas possíveis e determinar os momentos oportunos para seu emprego.

O Programa Nacional de DST/AIDS em parceria com a UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) realizou em 1997 pesquisa de dados para subsidiar a avaliação do processo de introdução e de implementação da assistência farmacêutica com anti-retrovirais para a AIDS no Brasil. A avaliação nos pareceu marcada pela tensão entre os custos e a eficácia clínica da terapia anti-retroviral combinada com uso dos inibidores de protease.

O resultado da pesquisa indica, por um lado, a notória redução da mortalidade com melhoria da qualidade de vida das pessoas com AIDS a partir do uso da terapia anti-retroviral combinada. Por outro lado, a magnitude dos custos diretos cria dificuldades para a tomada de decisão de adquiri-los. O resultado da avaliação pode funcionar como poderoso insumo para a tomada de decisão, especialmente se considerarmos a eficácia das terapias anti-retrovirais. A validade aparece mais como produto de uma ética de discussão. Não há verdade a ser esclarecida, e sim o entendimento a ser construído.

## AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROCESSO

A qualidade das organizações pode ser interpretada e representada como a expressão de certas formações subjetivas: 1) preocupação constante em criar e manter entre todos os que estão ocupados nas organizações de saúde, administradores e funcionários, o entendimento quanto a estrutura e ao processo das intervenções; 2) preocupação quanto aos resultados para satisfazer as necessidades emergentes e as demandas explícitas dos clientes usuários.

Donabedian identifica sete atributos como pilares da qualidade em saúde: 1) eficácia: a capacidade do cuidado, assumindo sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde; 2) efetividade: o quanto que melhorias possíveis nas condições de saúde são de fato obtidas; 3) eficiência: a capacidade de obter a maior melhoria possível nas condições de saúde ao menor custo possível; 4) otimização: a mais favorável relação entre custos e benefícios; 5) aceitabilidade: conformidade com as preferências do paciente no que concerne a acessibilidade, relação médico-paci-

ente, as amenidades, os efeitos e o custo do cuidado prestado; 6) legitimidade: conformidade com preferências sociais em relação a tudo mencionado acima; 7) eqüidade: igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.

A avaliação da qualidade do processo de introdução e de implementação das terapias anti-retrovirais deve considerar o contexto em que a mesma acontece. Em primeiro lugar, a dimensão das epidemias do HIV/AIDS: entre 1980 e 1997 foram notificados 120.339 casos de AIDS e 62.503 óbitos com AIDS. A população estimada em 1997 era de 159.636 mil habitantes.

A renda *per capita* em 1994 era de US\$ 1.980. A densidade demográfica era de 18,6 habitantes por km<sup>2</sup>, sendo de 1,1 habitantes/km<sup>2</sup> no Estado de Roraima e de 322,2 habitantes/km<sup>2</sup> no Distrito Federal. A população urbana representa 75,4% do total. 87% da população urbana tem acesso ao abastecimento de água e 61,8% ao saneamento.

A taxa de alfabetização de adultos é de 79,9% e a esperança de vida ao nascer é de 66,3 anos. São 3,7 milhões de crianças em idade escolar fora da escola e 339 mil crianças menores de cinco anos subnutridas. O coeficiente geral de mortalidade em 1995 era de 5,74 por 1.000 habitantes. A taxa de mortalidade infantil era de 99 por mil nascidos vivos em 1980 e 87 em 1991.

A mortalidade materna em 1991 era de 124 por 100 mil. As despesas públicas com saúde e saneamento em 1980 era de 2,8% do PIB e em 1990 de 5,5%.

## **EFICÁCIA**

A eficácia da intervenção pode significar que ela traz mais benefício do que prejuízo para quem a recebe. A eficácia pode ser a capacidade do cuidado, assumindo sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde. A eficácia pode ser também a relação entre as intervenções úteis e totais, de maneira que crescerá na medida que as intervenções úteis se aproximem o máximo possível das totais.

O Programa Nacional de DST/AIDS tem padronizado procedimentos das terapias anti-retrovirais para pessoas com HIV/AIDS e busca produzir e proporcionar condições para o

seu cumprimento. Em primeiro lugar, com a garantia do acesso universal e igualitário aos medicamentos anti-retrovirais e aos meios tecnológicos para o seu uso adequado. Depois, com a capacitação e o treinamento dos profissionais de saúde para execução dos cuidados de acordo com procedimentos padronizados.

O Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de DST/AIDS em 1988 com objetivo geral de coordenar em nível nacional as ações de controle da AIDS para prevenir a transmissão do HIV e reduzir a morbi-mortalidade associada à infecção. Os objetivos específicos incluem a assistência médica que menciona a padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas. As estratégias e metodologias na assistência médica incluíam a previsão de necessidades de medicamentos para tratamento de pacientes com AIDS.

Em 1988 foi iniciado o abastecimento da rede pública de saúde com medicamentos destinados ao tratamento de doenças oportunistas que atingem os pacientes com AIDS. A Central de Medicamentos anunciou então a compra de 18 produtos que seriam distribuídos nos centros credenciados ao atendimento de aidéticos. O Ministério da Saúde iniciou em 1991 a aquisição e a distribuição do AZT.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 483, de 19.08.1988, dispõe sobre a necessidade das instituições interessadas em adquirir o medicamento à base de zidovudina estarem credenciadas. Os pedidos de credenciamento deveriam ser encaminhados ao Programa Nacional de DST/AIDS, que obedece às normas de comprovação de recursos técnicos disponíveis para tratamento da doença.

O Programa Nacional de DST/AIDS publicou em 1994 guias de condutas clínicas em AIDS para adultos e para crianças. A apresentação do guia de condutas para adultos com AIDS observa que a infecção pelo HIV indica a vulnerabilidade do sistema de saúde, das estruturas socioeconômicas e políticas, serve de alerta sobre a fragilidade da existência humana perante as forças naturais e traz à tona as dificuldades dos profissionais de saúde em lidar com a epidemia.

O guia para adultos cita dosagem, efeitos adversos e comentários sobre as drogas para tratamento da AIDS, espe-

cificamente os anti-retrovirais inibidores da transcriptase reversa: didanosina (ddI), zidovudina (AZT) e dideoxicitidina-zalcatabina (ddC). Os parâmetros de indicações são a clínica e a medição do CD4/mm<sup>3</sup> em citometria de fluxo.

A Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde nº 21, de 21 de março de 1995, considerando a necessidade de orientar e organizar o acesso e a distribuição dos medicamentos para AIDS conforme estudos apresentados pelo Programa Nacional de DST/AIDS, resolve sobre indicação do uso de medicamentos e acesso aos medicamentos.

A Portaria especifica que todos os pacientes em acompanhamento na rede pública capacitada terão acesso gratuito às medicações desde que sejam respeitadas as normas técnicas prescritas. Os pacientes não acompanhados na rede pública deverão ser avaliados pelas unidades públicas capacitadas para que sejam respeitadas as indicações públicas vigentes.

A sociedade contemporânea se interroga se será possível produzir soroconversão e negativação das pessoas com HIV/AIDS. A cura das infecções virais por drogas inibidoras é muito difícil porque os vírus se apropriam dos meios metabólicos das células infectadas para se replicar. Apenas no caso do vírus do herpes foi sintetizado inibidor enzimático específico que bloqueia sua replicação.

A tecnologia médica não tem meios para curar infecções apenas por meio de drogas inibidoras. A ação do sistema imune das pessoas é necessária para contemplar o efeito das drogas inibidoras. A infecção por HIV e AIDS apresentam a peculiaridade de debilitarem exatamente o sistema imune. No início das epidemias do HIV/AIDS todas as pesquisas se orientaram para as drogas que agem contra a transcriptase reversa.

A ampliação do conhecimento, a partir da pesquisa de drogas terapêuticas, sobre o processo de replicação viral permitiu outras abordagens; bloqueio da absorção do vírus por células-alvo, ação sobre a transcriptase reversa por diferentes mecanismos, ação sobre os genes virais, inibição da protease viral indispensável a maturação das partículas virais, inibidores da glicolisação, resultando na produção de partículas virais defectivas.

Os testes clínicos de drogas tem se modificado em função da eficácia parcial da terapêutica atual, do alto nível de informação das pessoas com HIV/AIDS sobre os ensaios em curso e da permanente ansiedade por se beneficiar dos melhores ensaios. As pessoas com HIV/AIDS são parceiros com direitos. Os ensaios contra placebo tendem a se tornar cada vez mais raros.

No próximo período será necessário determinar esquemas terapêuticos que considerem a doença em sua complexidade e que possam ser adaptados para cada pessoa com HIV/AIDS. É essa uma das principais tarefas dos médicos-pesquisadores e dos centros integrados de cuidados clínicos e de pesquisa. Essa composição é necessária e possível.

O Programa Nacional de DST/AIDS procura incorporar os melhores resultados das pesquisas para determinar esquemas terapêuticos para pessoas com HIV/AIDS. Neste sentido promove a ampliação da comunidade de relevância que discute e define os esquemas terapêuticos. O Ministério da Saúde em 1996 promoveu reuniões do Grupo de Consenso sobre a Terapia Anti-retroviral. Os objetivos do Grupo foram os seguintes: 1) discutir os recentes avanços na terapia anti-retroviral, e 2) assistir a Coordenação Nacional na identificação da melhor estratégia para tratamento anti-HIV.

Cabe destacar do documento de consenso que a revisão reconhece que a vantagem da combinação de drogas em pacientes experimentados com AZT não é tão evidente, conforme resultados publicados na 3<sup>a</sup> Conferência de Retrovíroses e Infecções Oportunistas em Washington a favor da inclusão de inibidores de protease nas combinações anti-HIV. A carga viral é citada como método laboratorial auxiliar para monitoria terapêutica.

O Programa Nacional de DST/AIDS publica em meados de 1997 documento de consenso sobre terapia anti-retroviral para crianças infectadas pelo HIV: “Os avanços na compreensão sobre a dinâmica viral e celular da infecção pelo HIV, ao lado do desenvolvimento de novas classes de drogas, propiciaram uma reformulação na terapêutica anti-retroviral, resultando no fim da monoterapia e advento da terapêutica combinada com duas ou três drogas.”

O documento adverte que os inibidores de protease e os inibidores de transcriptase reversa são nucleosídios e apresentam experiência limitada na população pediátrica e, portanto, a sua indicação deve seguir critérios bem estabelecidos. Naquele momento dentre estes fármacos somente dois inibidores de protease (Ritonavir e Nelfinavir) estão licenciados para uso em crianças pelo Food and Drug Administration – FDA (dos EUA).

A Portaria do Ministério de Saúde nº 874, de 03 de julho de 1997, considerando a necessidade de oficializar e divulgar a orientação para uso de medicamentos em portadores do HIV e doentes de AIDS para todo o país, publica o Guia de Condutas Terapêuticas em HIV/AIDS. O Ministério da Saúde assume a responsabilidade de padronizar os medicamentos específicos para o tratamento de HIV/AIDS.

O Guia de Condutas Terapêuticas em HIV/AIDS anexo a Portaria estabelece: 1) Consenso sobre a terapia anti-retroviral para adultos e adolescentes infectados pelo HIV-1997; 2) Recomendações para quimioprofilaxia após exposição ocupacional ao HIV; 3) Drogas para tratamento das infecções associadas à AIDS em adultos e adolescentes: dosagem, efeitos adversos e comentários; 4) Redução da transmissão vertical; 5) Consenso sobre terapia anti-retroviral para crianças infectadas pelo HIV-1997; 6) Drogas para tratamento e profilaxia das infecções associadas à AIDS em crianças.

O Guia de Condutas está baseado na contagem de CD3/ $\text{mm}^3$  por citometria de fluxo e na dosagem da carga viral por ml. O consenso sobre a terapia anti-retroviral para adultos e adolescentes infectados pelo HIV estabelece: recomendações para o início da terapia; início do tratamento; uso prévio de terapia dupla; intolerância; combinações anti-retrovirais não-aceitáveis; e anti-retrovirais e tuberculose. O tratamento inclui esquemas terapêuticos com AZT, ddI, ddC, 3TC e inibidores de protease (indinavir, ritonavir e saquinavir).

Está muito bem definida a estratégia para redução da transmissão vertical do HIV: expansão da capacidade de teste anti-HIV no cuidado pré-natal, disponibilização de AZT,

disponibilização de leite artificial, treinamento e capacitação de médicos e enfermeiras e monitoria de maternidades. No final de 1997 estavam credenciadas 127 maternidades em todo o país para uso de AZT injetável.

O Programa Nacional estabeleceu, com aplicação de recursos financeiros, cooperação técnica e treinamento de profissionais, as redes de laboratórios para contagem de linfócitos T e para quantificação da carga viral. No final de 1997 eram 54 laboratórios contando CD4/CD8 e 41 quantificando carga viral. As redes de laboratórios são fundamentais para uso adequado das terapias anti-retrovirais em todo o país.

O Centro de Referência em DST/AIDS do Estado de São Paulo publica no final de 1997 resultados de avaliação da terapia anti-retroviral tripla combinada. Foram seguidos 100 pacientes (81 homens) a partir de novembro de 1996 por um período médio de uso do medicamento de 34,9 semanas. A citometria do CD4 no início era em média 103 por mm<sup>3</sup>, com uma mediana de 56 por mm<sup>3</sup>, e no final era em média 200 por mm<sup>3</sup>, com uma mediana de 169 por mm<sup>3</sup>.

A avaliação mostra que no início da terapia anti-retroviral 61% eram sintomáticos e no final 48% eram sintomáticos. No final da terapia 47,5% apresentaram melhoria e 31% mantiveram o quadro clínico. Neste período a média de consultas ambulatoriais por pacientes foi de 10,6 e o número de pacientes internados foi 19. Neste período o número de óbitos foi 19. A combinação anti-retroviral mais usada foi AZT, 3TC e indinavir. Os resultados são provisórios. A AIDS está nos ensinando a aprender.

## **EFICIÊNCIA**

O Programa Nacional de DST/AIDS utiliza uma série de recursos organizados para a execução de certas atividades visando alcançar determinados objetivos. O programa é a reprodução dos conceitos das atividades que se deve executar para conseguir um produto (o que a atividade produz) ou um resultado (em termos de eficácia).

A eficiência é a saúde como o número de atividades que se podem realizar com um volume dado de recursos (ou

com sua expressão monetária) e a eficácia é a porcentagem de atividades que resultam úteis, mas úteis no sentido substantivo da atividade: a atividade que resolve algum problema real. O indicador de efetividade pode ser obtido com a multiplicação da eficácia por eficiência: o número de atividades úteis por volume de recursos.

O Programa Nacional de DST/AIDS no seu termo de acordo de empréstimo com o Banco Mundial em 1992 define seis objetivos gerais até dezembro de 1998. O primeiro dos objetivos é reduzir a morbi-mortalidade pelas doenças transmissíveis e da infecção pelo HIV. Os objetivos incluem também promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e com AIDS.

Estão definidos também resultados esperados até dezembro de 1998. No que se refere a assistência à pessoas com HIV/AIDS são esperados: 1) garantir que 100% dos pacientes com AIDS sejam tratados adequadamente e com uma taxa de sobrevida de dois anos; 2) dar a 60% dos indivíduos positivos (com *status* reconhecidos) assistência biopsicosocial.

O Programa Nacional distribui relatório na Conferência Internacional de AIDS no Japão em meados de 1994 e afirma ter sido implantado o sistema de manejo logístico dos medicamentos anti-retrovirais e dos outros medicamentos destinados à infecções oportunistas, bem como terem sido comprados e distribuídos gratuitamente medicamentos anti-retrovirais e para infecções oportunistas com despesas totais de 50 milhões de dólares/ano. O relatório diz em 1994 ter sido financiada pesquisa sobre o impacto do uso do AZT na sobrevida de pacientes infectados por HIV.

O relatório de atividades do Programa Nacional no final de 1994 afirma que “sem novas descobertas no campo dos medicamentos ou vacinas o controle da infecção pelo HIV continuará a se sustentar nos próximos anos nas atividades de prevenção existentes”. É citada também a preparação de pesquisa sobre risco de transmissão e história natural da infecção pelo HIV em crianças nascidas de mães infectadas e avaliação da eficácia do AZT na redução da transmissão vertical.

O Programa Nacional de DST/AIDS publica no início de 1995 manual com a concepção geral do sistema de gerenciamento do programa. Este manual foi distribuído para as Coordenações Estaduais e Municipais de DST/AIDS. Foram realizados treinamentos para possibilitar o seu uso e melhorar o desempenho das coordenações. Como resultado temos equipes com maior capacitação técnica e gerencial para obter os produtos e os resultados esperados.

O marco de referência do sistema de gerenciamento especifica componentes, subcomponentes e linhas de ação. O Programa Nacional se propõe a prover assistência mediante oferta aos pacientes de alternativas efetivas e de baixo custo à hospitalização, que garantam melhoria da qualidade de vida e aumentem a sobrevida dos indivíduos com HIV/AIDS.

O Programa Nacional tem por objetivo reorganizar e reordenar os serviços de saúde existentes, introduzindo novas formas de atenção a portadores de DST/AIDS, buscando a racionalização dos recursos para maior eficiência da assistência oferecida. Os serviços incluem serviços clínicos para pessoas com HIV/AIDS, com a distribuição de medicamentos para tratamento da AIDS e infecções oportunistas.

Os serviços clínicos para pessoas com HIV/AIDS têm por objetivo estabelecer um sistema integrado para prover cuidados de saúde e apoio às pessoas com HIV/AIDS a partir do momento do diagnóstico. Estes serviços compreendem: serviço de assistência especializada, hospital-dia, assistência domiciliar terapêutica e hospital. As atividades destes serviços incluem a assistência farmacêutica e o fornecimento de medicações.

O Programa Nacional de DST/AIDS declara em meados de 1995 estar distribuindo mensalmente 20 mil frascos de AZT e admite que não está mantendo as quantidades necessárias de ddi (didanosina). Nesta época o Programa Nacional adquiria os medicamentos através da Central de Medicamentos – CEME e organizava a distribuição periódica e permanente para as coordenações estaduais e municipais. Cabia então às coordenações fornecer os medicamentos aos pacientes a partir das receitas médicas. A partir de então é autorizada a

transferência de recursos financeiros para Estados e Municípios fazerem aquisição local desses medicamentos de modo exclusivo para tratamento nas organizações públicas. Esta autorização visa contribuir para descentralizar a aquisição e a distribuição dos medicamentos.

Em 1998 o Ministério da Saúde estimou que 85 mil pessoas adultas, 10.200 mulheres em gestação e 3.200 crianças iriam necessitar de medicamentos para a terapia anti-retroviral. Foram necessários 616 milhões de reais para adquirir os medicamentos necessários. O governo federal tem afirmado sua vontade política de garantir os recursos financeiros.

A terapia anti-retroviral combinada tem resultado na redução da mortalidade e da incidência de infecções oportunistas, bem como em uma melhoria da qualidade de vida das pessoas com HIV/AIDS. É a recuperação das possibilidades de vida em sociedade, especialmente integração familiar e no mercado de trabalho.

O Programa Nacional de DST/AIDS busca garantir uso adequado dos meios para prover a terapia anti-retroviral. Garantia da qualidade requer: qualidade técnica dos profissionais, uso eficiente dos recursos, minimização dos riscos de danos associados às atividades, satisfação do paciente em suas demandas e expectativas e integração com o sistema local de saúde.

A garantia da qualidade das organizações que cuidam da saúde das pessoas com HIV/AIDS requer controle e avaliação. Neste sentido existem, entre outros procedimentos operacionais, formulários para credenciar, acompanhar e supervisionar as organizações de cuidados da saúde das pessoas com HIV/AIDS. Os formulários procuram determinar requisitos mínimos para a habilitação dos serviços. Os formulários requerem a verificação de espaço físico para os cuidados, do quadro de profissionais especializados e das condições dos procedimentos de patologia clínica e de diagnóstico por imagem.

O Programa Nacional a partir da aplicação dos seus critérios habilitou, até o final de 1997, 326 hospitais para internação de pessoas com HIV/AIDS. Foram implantados 65 serviços ambulatoriais especializados, credenciados 44 hospitais-dia e fi-

naciados 37 projetos de assistência domiciliar terapêutica. Cabe destacar que foram definidas 365 unidades para dispensação de medicamentos para pessoas com HIV/AIDS articuladas no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

O Programa Nacional tem concentrado forças para capacitar o maior número de profissionais para cuidar da saúde das pessoas com HIV/AIDS. Os treinamentos executados são oferecidos gratuitamente para pessoas dentro e fora do serviço público. Esse esforço criou e disseminou padrões de competência requerida que podem proporcionar eficiência no uso das terapias anti-retrovirais.

Este esforço contempla ainda a produção do vídeo “Atualização em terapias anti-retrovirais” em 1997. Este vídeo foi produzido com o objetivo de atualizar profissionais médicos, abordando o uso das terapias combinadas com nucleosídeos e inibidores de protease para tratamento de pessoas com HIV/AIDS.

Fica o desafio de avaliar o desempenho dos profissionais incluídos nas organizações que cuidam da saúde das pessoas com HIV/AIDS, medindo capacidade, competência e habilidade para executar atividades. O Programa Nacional não sabe dos profissionais treinados: habilidades e aptidões necessárias à atividade, atitude face ao trabalho e motivações para realizá-lo, capacidade de aplicar conhecimentos e sistematizar a própria experiência, e forma e capacidade de organizar o trabalho e de solucionar problemas reais.

O Programa Nacional está trabalhando na implantação do SICLOM. O SICLOM será usado para controle de aquisição e de distribuição de medicamentos, bem como o controle do estoque por cliente usuário (paciente) por meio de cadastramento nacional. Este sistema permitirá melhorar a estimativa de volume para aquisição e garantir o cumprimento dos procedimentos padronizados do “Consenso sobre Terapia Anti-retroviral”.

O sistema busca racionalizar a aquisição, a distribuição e o uso dos medicamentos anti-retrovirais, no sentido de garantir o acesso para os clientes usuários. Este sistema funciona como vasos que comunicam do Programa Nacional às

unidades de dispensação, incluindo consolidação e avaliação nos níveis municipais e estaduais.

O SICLOM possibilita comparar uso de medicamentos com as informações da vigilância epidemiológica, verificando os padrões e as quantidades de medicamentos por cliente usuário, bem como as proporções de uso de medicamentos em relação ao número potencial de clientes usuários com indicação de terapia anti-retroviral e de uso de medicamentos de acordo com os procedimentos padronizados.

## **EFETIVIDADE**

O Programa Nacional de DST/AIDS tem entre as suas atribuições controlar e avaliar indicadores dos resultados das atividades de controle e de prevenção do HIV/AIDS. As suas pesquisas de avaliação devem verificar de modo sensível e específico os dois dos resultados esperados: aumentar e melhorar a sobrevida das pessoas com HIV/AIDS.

Uma pesquisa dos determinantes da sobrevida de brasileiros adultos com AIDS entre 1982 e meados de 1989 verificou que 1.524 dos 2.135 casos estudados (71%) tinham sabidamente morrido. Neste período foram notificados 7.182 casos, sendo 6.898 casos de pessoas com 15 anos ou mais. A média de sobrevida entre os casos estudados foi de 155 dias ou cinco meses. A estimativa de sobrevida em um, dois, três ou quatro anos foi de 32, 21, 18 e 14% respectivamente.

A avaliação de resultados se estabelece em relação aos usuários e beneficiários do programa. A avaliação de resultados toma por referência o problema que o origina. O substancial é saber se o programa que se está executando responde ou não às necessidades e problemas reais. A avaliação de resultados (sobre a população destinatária) ou de impacto (sobre o conjunto da população ou meio) é feita em função dos objetivos e dos resultados esperados. Deve incluir também a produção de resultados e impactos não esperados.

É oportuno ter a participação dos beneficiários (clientes usuários) na avaliação dos resultados do programa. Esta participação deve incluir a possibilidade dos beneficiários emitirem seu juízo de valor sobre o programa a partir das

suas próprias referências e valores sociais e culturais. Esta participação é o melhor meio de se conhecer a aceitabilidade e a legitimidade do programa nos diferentes contextos sociais.

Os indicadores de resultados e de impacto dos programas devem possibilitar a avaliação, no mínimo, dos seguintes tópicos: 1) o grau de conquista dos objetivos propostos e de obtenção dos resultados esperados; 2) a eficácia dos resultados obtidos, com base em informações pertinentes sobre a resolução de problemas e o nível de saúde; 3) o grau de impacto e de satisfação das necessidades dos beneficiários e destinatários potenciais e efetivos dos programas.

O uso da terapia anti-retroviral para pessoas com HIV/AIDS tem entre os seus resultados a mudança das características da doença. Verifica-se a passagem de uma doença mortal para uma doença controlável. As características do controle também mudam: a Coordenação Nacional observou após a introdução das terapias combinadas com inibidores de protease observou uma redução de 20% no uso de ganciclovir para infecções oportunistas em pessoas com AIDS.

Estudo da Coordenação Estadual de DST/AIDS de São Paulo comparando a mortalidade por AIDS no município de São Paulo nos primeiros trimestres nos anos de 1994, 1995, 1996 e 1997 verificou, respectivamente, 661, 711, 724 e 495 óbitos. Há uma redução de 35% no número absoluto de óbitos entre 1996 e 1997. Estudo comparando a mortalidade em homens em novembro de 1996 e 1997 verificou redução de 56% na mortalidade.

## **ACEITABILIDADE**

A aceitabilidade compreende principalmente a subjetividade das pessoas com HIV/AIDS no seu processo de uso das terapias anti-retrovirais, incluindo percepção de doença, grau de comprometimento da saúde ou necessidade de tratamento, grau de mobilidade, grau de limitação crônica da atividade, dias de incapacidade e facilidade de diagnóstico. A aceitabilidade é uma avaliação subjetiva feita no contexto social.

Cabe citar a experiência do ativista dos direitos humanos Herbert Daniel com o AZT no final da década de 1980: o

primeiro AZT a gente nunca esquece: “Quando minha médica, diante dos meus exames onde as cifras e relações indicavam a ruptura das regras dos jogos biológicos do OKT4 e OKT8, pronunciou pela primeira vez com extremo cuidado a sigla AZT como indicação para meu caso, minha reação foi depressiva. Resistí. Afinal, eu estava bem... Não me sentia disposto a atravessar o ritual de passagem que é (ou era, para mim) o início da etapa AZT. Diante da primeira pílula oblonga vestida com sua faixa azul escuro ergui um brinde. Sozinho na cozinha, disse-me: eis aqui o princípio do fim”.

Daniel fala do sentido metafórico do AZT: “Nada rangeu, as órbitas celestes não infletiram, o chão manteve seu rigor indiferente... Foi então que percebi, com nitidez, que não estava tomando AZT. Estava engolindo, comprimido depois de comprimido, as metáforas transformadas em medicamento, estava ingerindo uma ideologia muito própria cristalizada na sigla e na notícia que dela se dá, muito mais do que uma fórmula química... O AZT começou nos últimos anos a fazer parte integrante da construção complexa da mitologia da AIDS”.

Daniel sugere que para medir o espaço disparatado que o AZT ganhou na mídia se pergunte para qualquer pessoa o nome do medicamento específico para a tuberculose: “Quase ninguém sabe. No entanto, todo mundo sabe que o AZT é um remédio para AIDS – e, mais ainda, o que parece paradoxal, mas não é – que é uma droga que ajuda, mas não cura”. Daniel recomenda para os médicos que ao receitar o AZT procurem desbastar o cipoal metafísico que o envolve para cada paciente.

Em 1994 o Programa Nacional de DST/AIDS publica em parceria com a rede de organizações não-governamentais Grupo pela Vidda boletins direcionados para as pessoas com HIV/AIDS e para os seus amigos e familiares: “Viver a vida positivamente” e “Cuidando de alguém com AIDS”. Citar estes dois boletins é pertinente porque reproduzem o senso comum sobre a AIDS-doença e o HIV-agente causador.

O boletim descreve o contexto de opção dos soropositivos pela vida: “Hoje sabemos que, com o grande número de medicamentos disponíveis, as infecções ou outras doenças rela-

cionadas à imunodeficiência são tratáveis quando diagnosticadas em tempo hábil". Mas se adverte: "... sem que isso, no entanto, signifique cura ou aumento do tempo de vida. Há, sim, um aumento do tempo em que a pessoa se mantém sem sintomas. Tais medicamentos, chamados de anti-retrovirais, se aplicam também aos que já tiveram infecções. Esses remédios são usados isoladamente ou em conjunto. O AZT já é disponível nos hospitais públicos que atendem pacientes com HIV/AIDS...".

No V Encontro de pessoas vivendo com HIV/AIDS em 1995 o ativista Beloqui, do NEPAIDS/USP, fala sobre o lugar do positivo nas políticas de AIDS com uma perspectiva muito peculiar: "Se por um lado a AIDS é um problema de todos nós, é também verdade que afeta diferentemente a cada um de nós. O depoimento de um outro cara com HIV pode ter enorme valor para nós, que temos HIV, ou para aqueles que não têm, pois ao concretizar questões exorciza fantasmas e preconceitos: nas discussões que presenciei sobre os efeitos do AZT o fato de eu dizer que tomei AZT por 4, 5 anos e tive poucos problemas sempre com um valor alto, ilustrativo. Ou dizer o quanto é chato tomar ddI, quando temos que ficar seis horas de barriga vazia, ou o medo que nos dá cada queda de CD4, tornando nossa vida mais medicalizada".

O Conselho Nacional de Saúde em sua resolução nº 1, de junho de 1988, dispõe sobre as normas de pesquisa em saúde. A Coordenação Nacional de DST/AIDS publicou esta resolução, tornando-se uma das maiores divulgadoras do seu conteúdo em todo o país. Esta resolução é da maior importância por expressar uma ética de entendimento entre governo, profissionais de saúde e usuários.

A Rede Nacional de Direitos Humanos em HIV/AIDS publicou em 1997 o primeiro número do seu boletim-artigo de Costa Filho que fala para os que não puderam ainda refletir, para os que vivem em recantos sem informação, para os que se desgastam no isolamento e para os que se sentem atolados na burocracia estatal: "O acesso à combinação de anti-retrovirais fez laço social entre pessoas com o vírus da AIDS em várias cidades, constituindo pequenas comunidades com força para sensibilizar governos locais".

## LEGITIMIDADE

A IX Conferência Nacional de Saúde em agosto de 1992 recebeu a advertência: AIDS – a IX Conferência não pode se omitir! Assinaram as mais importantes organizações não-governamentais do país (Grupo de apoio e prevenção da AIDS – GAPA de São Paulo, Grupos Pela Vida do Rio de Janeiro e de São Paulo e Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA).

O manifesto das ONGs afirmava que a crescente epidemia de AIDS serve como revelador do caos em que se encontra a saúde pública no país. As ONGs destacavam que avanços no uso de testes, métodos diagnósticos, padrões terapêuticos e drogas antivirais nos fazem reconhecer que, cada vez mais, é possível viver com AIDS e não apenas morrer da doença. Mas isso significa também que um número progressivo de pessoas depende de acompanhamento e tratamento adequados. O manifesto das ONGs clama, por fim, que os delegados da IX Conferência assumam sua agenda de doze pontos. Entre esses pontos deve-se destacar a distribuição através da rede pública de AZT, ddI e ddC, bem como outros medicamentos para todos os soropositivos, doentes ou não.

O Conselho Federal de Medicina aprovou a Resolução nº 1.359/92 sobre os cuidados das pessoas com HIV/AIDS, considerando o profundo impacto que a doença provoca no paciente portador do vírus HIV, limitando as suas atividades físicas, tornando-o vulnerável físico, moral, social e psicologicamente.

A resolução da CFM afirma que o atendimento profissional a pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana é um imperativo moral da profissão médica e nenhum médico pode recusá-lo. A resolução pretende encerrar uma época em que houve médicos que se recusaram a cuidar de pessoas com HIV/AIDS.

Na primeira semana de setembro de 1995 é aberto o V Encontro de Pessoas Vivendo com AIDS na cidade do Rio de Janeiro. Os participantes do Encontro afirmam que os cerca de 60 mil doentes de AIDS do Brasil enfrentam, além do preconceito, a falta de medicamentos, de leitos hospitalares e de profissionais capacitados para atendê-los.

No final de 1995 organizações não-governamentais de todo o país fazem manifestações contra a falta de medicamentos para portadores do vírus HIV. Na cidade de São Paulo a manifestação acontece na frente das Secretarias de Saúde do Município e do Estado. Os manifestantes jogam tinta vermelha nas calçadas para simbolizar a morte de doentes. É distribuída uma carta aberta aos dirigentes do Sistema Único de Saúde (SUS) com uma chamada agressiva: Governantes, vocês matam nossos amigos!

A carta afirma que falta ao país política eficiente de controle da epidemia de AIDS: “Além de conviver com o preconceito e a discriminação social, as pessoas com HIV/AIDS deparam com a falta de leitos, profissionais de saúde despreparados e mal remunerados, ausência de exames de laboratório e medicamentos essenciais”.

Há uma crítica precisa: “A questão dos medicamentos hoje é uma das mais dramáticas. O paciente nunca sabe quando e onde vai encontrar o remédio que precisa... O Ministério da Saúde não tem cumprido seu compromisso de repasse de nove itens de medicamentos, conforme a portaria nº 21 de março de 1995. Estado e Prefeitura por sua vez não assumem suas parcelas de responsabilidade nesse fornecimento. Neste jogo de empurra quem sai perdendo é o portador de HIV/AIDS. Por isso solicitamos audiência coletiva entre os governos federal, estadual, municipal e ONGs. Vimos a público exigir uma política decente e integrada de aquisição e distribuição de medicamentos”.

A ONG Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS – GAPA de São Paulo tem desde meados da década de 90 entrado com medidas judiciais cautelares para garantir o direito das pessoas com HIV/AIDS: “Na luta contra o vírus e contra a morte não restou aos autores alternativa senão buscar o presente remédio processual com o escopo de ver cumprido pelo Estado as obrigações que lhe são afeitas, qual seja, zelar pela saúde e qualidade de vida de seus concidadãos, com os autores”.

A argumentação das medidas judiciais cautelares tem sustentado que a assistência farmacêutica integral diz respeito ao acesso à saúde. Cita a Constituição: “A saúde é um direito

de todos e um dever do Estado”. Cita a Lei Federal nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde no Brasil) em seu art. 2: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

É destacado que as expressões “atendimento integral”, “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” e “integralidade de assistência”, contidas na Lei Federal nº 8.080/90, compreendem o fornecimento dos medicamentos indispensáveis e essenciais ao valor máximo que o direito pode tutelar – a vida.

As medidas cautelares afirmam que “não resta a menor dúvida que o portador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS é um deficiente e que fornecimento da medicação requerida visa a reabilitar e promover a integração dos autores à vida comunitária, pois esse direito é inegociável e garantido pela Constituição Federal”.

Afirmam também que “os medicamentos de que os autores necessitam surtem efeito direto sobre a aplicação do vírus HIV no organismo humano e, consequentemente, sobre o sistema imunológico do paciente de AIDS, sendo, portanto, fundamental a manutenção da vida dos autores”. Assim, a medida cautelar requer a “fumaça do bom direito” que garanta os medicamentos para a terapia anti-retroviral.

O despacho no processo do Poder Judiciário no Estado de São Paulo resume:

No final de 1997 as liminares judiciais para serem cumpridas na Coordenação Estadual de DST/AIDS de São Paulo eram 600. No Rio de Janeiro eram 350. Esses mandados de segurança foram usualmente impetrados por assessorias jurídicas de organizações não-governamentais com base no entendimento de que a saúde é direito do cidadão e dever do Estado na forma de assistência farmacêutica integral.

Cabe observar que algumas das liminares judiciais garantem assistência farmacêutica fora das recomendações do “consenso terapêutico” do Ministério da Saúde. Em setembro de 1997 no Estado de São Paulo havia duas liminares determinando fornecimento dos medicamentos nevirapina e nelfinavir, que requeriam importação e tinham custo superior

aos dos medicamentos usados na terapia anti-retroviral do “consenso terapêutico”.

As resoluções da X Conferência Nacional de Saúde de setembro de 1996 ratificam o Sistema Único de Saúde (SUS) e propõem a construção de modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida. O extenso relatório final quando discursa sobre atenção integral à saúde e se refere à saúde dos portadores de doenças crônicas inclui o cuidado das pessoas com HIV/AIDS.

A X Conferência afirma que o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado e Municipais da Saúde devem garantir aos portadores do vírus HIV e doentes com AIDS o atendimento integral pelo SUS, inclusive a cobertura ininterrupta dos medicamentos necessários, acesso aos exames diagnósticos e recursos terapêuticos necessários (casas de apoio, hospital-dia, leitos em hospitais gerais), bem como apoiar os projetos de organizações não-governamentais de luta contra a AIDS.

Cabe destacar que a X Conferência recomenda que a política de medicamentos do Ministério da Saúde deve assegurar assistência farmacêutica técnica e cientificamente fundamentada com critérios de eqüidade, qualidade e efetividade, para suporte das ações de diagnóstico e tratamento, com uso racional de todo e qualquer medicamento necessário, enfocando as necessidades da população e garantindo a resolutividade das ações.

É recomendado que o Ministério da Saúde deve estabelecer padrão de prescrição de medicamentos, avaliando as interações e associações indevidas, e descentralizar a distribuição de medicamentos, sob a fiscalização dos Conselhos e com controle de qualidade. O Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado e Municipais de Saúde devem garantir o suprimento de medicamentos essenciais, de alto custo e imunoderivados, de acordo com o perfil de morbi-mortalidade de cada Município e região.

O Fórum de organizações não-governamentais de AIDS do Estado de São Paulo em setembro de 1996 encaminha carta aberta aos laboratórios que produzem medicamentos anti-retrovirais. Observando que nossa renda per capita está

distante das dos países ricos, requer tratamento diferenciado, solicitando uma redução substancial dos preços dos medicamentos para AIDS produzidos por este prestigioso laboratório. A carta foi encaminhada aos laboratórios Glaxo-Wellcome, Merck Sharp & Dohme e Roche.

O Coordenador Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, Pedro Chequer, em artigo publicado em mídia impressa em novembro de 1997, afirma que “é fundamental que todos tenham conhecimento da vontade política do Ministério da Saúde em garantir que as novas terapias contra a AIDS são eficazes se seguidas rigorosamente pelo paciente... A questão da adesão ao tratamento é um problema mundial. E os principais motivos das falhas são a intolerância física aos remédios e o excesso de confiança dos pacientes”.

Chequer adverte que o paciente que faz uso do coquetel anti-HIV pode tomar até dezesseis comprimidos de combate direto ao vírus por dia. O coordenador conclui o artigo dizendo que “este é o momento de compartilhar responsabilidade, garantir a cidadania das pessoas que vivem com HIV e entender que são necessárias parcerias entre profissionais de saúde e pacientes para melhoria da qualidade de vida”.

## OTIMIZAÇÃO

A melhoria das condições de saúde de grupos sociais ou de uma população pode contribuir para o crescimento econômico de muitas maneiras: reduz as perdas e produção causada por doença do trabalhador, permite o uso de recursos naturais que estiverem total ou parcialmente não acessível por motivo de doença, aumenta o número de crianças matriculadas em escolas e as torna mais aptas para estudar, e libera recursos que não sendo aplicados em organizações de saúde podem ter outro destino.

Os custos crescentes dos insumos e as condições de rationamento de capital face às múltiplas necessidades requerem maior discussão do valor social das intervenções das organizações de saúde. É necessário encontrar soluções de menor despesa para obter determinado resultado e de obter o melhor resultado com determinada despesa.

A avaliação econômica pode ser diferenciada em dois tipos: a que relaciona os processos com os recursos aplicados e a que relaciona resultados com os recursos aplicados ou com as atividades executadas. A produtividade expressa medidas como o número de atividades por volume de recursos aplicados. A rentabilidade econômica ou rendimento expressa produtos, resultados e benefícios em função de recursos monetários aplicados.

O Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde em meados de 1996 encaminhou o ofício nº 153/96 a Coordenação Estadual de São Paulo com aviso-circular do Ministro da Saúde ao Governador do Estado de São Paulo. Nele está proposto o compartilhamento dos gastos necessários para aquisição dos anti-retrovirais. O ofício do então Ministro da Saúde Adib Jatene solicita que o Estado dívida com o Ministério os gastos na proporção de 30% do total orçado considerado minimamente satisfatório à assistência à AIDS.

A Coordenação Estadual de DST/AIDS de São Paulo afirma que desde então essa proporção vem sendo observada para a aquisição de medicamentos anti-retrovirais. Entretanto, ele acredita que essa proporção não pode ser generalizada para todas as unidades da Federação. O Ministério da Saúde tem discutido também a proposição de assumir a aquisição dos anti-retrovirais, cabendo aos parceiros estaduais e municipais a aquisição dos medicamentos para infecções oportunistas.

A Coordenação Estadual de São Paulo estima que em 1997, no mínimo, 30% das pessoas com HIV/AIDS que receberem medicamentos anti-retrovirais em suas unidades de dispensação são clientes usuários de operadoras de planos de saúde privados. Por um lado, este percentual revela a relevância de garantir o acesso universal aos medicamentos anti-retrovirais. Por outro, traz a necessidade de se discutir o grau de cobertura dos planos de saúde privados.

A avaliação da rentabilidade econômica para determinar o conteúdo dos planos de saúde pode parecer ótima para otimizar a aplicação dos recursos. Entretanto, tem a grave limitação de ocultar problemas éticos fundamentais. Talvez seja

possível definir a aplicação dos recursos nas intervenções em uma população abstrata. Mas usada em pessoas, doentes ou ameaçadas de morte, resulta em problema distinto.

É necessária a recuperação da dimensão política para a discussão da aplicação dos recursos sociais em planos de saúde e a recuperação da dimensão humana para a discussão do nascer, viver e morrer nas sociedades contemporâneas. A dimensão política pode ser percebida nas intervenções simultâneas do Ministério da Saúde para cumprir a Lei Federal nº 9.313/96 e do Poder Judiciário para garantir o direito de pessoas com HIV/AIDS.

## **EQÜIDADE**

O Brasil desde 1986 está construindo o seu sistema nacional de saúde para garantir acesso universal e igualitário aos cuidados da saúde. A Constituição Federal e as Leis Federais nºs 8.080/90 e 8.142/90 definem em seu texto a saúde como direito de seguridade social do cidadão. Entretanto, o processo de social de constituição do sistema de saúde ainda não obteve os resultados esperados pela sociedade.

A Constituição Federal de 1986 define em seu art. 196 que “a saúde é um 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 processo universal e igualitário às ações e os serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A Rede Brasileira de Solidariedade das Organizações Não-Governamentais de apoio e prevenção da AIDS aprovou em outubro de 1989 uma Declaração dos direitos fundamentais das pessoas portadoras do vírus da AIDS que define em seu art. 2: “Todo portador do vírus da AIDS tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida”.

O Ministro da Saúde Seigo Tsuzuki em 01 de dezembro de 1989, Dia Mundial de Luta contra a AIDS, proclama: “Ao se contar a história do final deste século um problema ocupará lugar especial: a AIDS. Pelo impacto social e epidemiológico que mundialmente têm causado pelos esforços para prevenila traduzidos em recursos – humanos, tecnológicos e finan-

ceiros – investidos em pesquisas para sua cura, a AIDS surge como uma doença com vários níveis de expressão”.

A Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A Lei define que “o conjunto de ações e de serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”.

A Lei nº 8.080/90 inclui no campo de ação do Sistema Único de Saúde a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica e a formulação da política de medicamentos com participação na sua produção. A Lei define entre os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde a universalidade de acesso de saúde em todos os níveis de assistência e a integralidade da assistência exigida para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

A Lei Federal nº 814, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação comunitária na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. A Lei define que o SUS contará em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I – Conferência de Saúde; e II – Conselho de Saúde.

A Lei define que os conselhos de saúde são órgãos colegiados permanentes e deliberativos compostos por governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. É definido que a representação dos usuários será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

A Lei Federal nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. A Lei Federal diz em seu

art. 1: “Os portadores do HIV e doentes de AIDS receberão gratuitamente do Sistema Único de Saúde (SUS) toda a medicação necessária a seu tratamento”. Esta Lei Federal foi iniciativa do Senador José Sarney, presidente da República no período de 1985-1990.

O art. 1 em seus parágrafos diz: “O Poder Executivo através do Ministério da Saúde padronizará os medicamentos a serem utilizados em cada estágio evolutivo da infecção e da doença com vistas a orientar a aquisição dos mesmos pelos gestores do Sistema Único de Saúde. A padronização de terapias deverá ser revista e republicada anualmente ou sempre que se fizer necessário para adequar ao conhecimento científico atualizado e a disponibilidade de novos medicamentos no mercado”. O art. 2 diz: “As despesas decorrentes da implementação desta Lei serão financiadas com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 2.334, de 04 de dezembro de 1996, constitui Comissão Técnica no âmbito do Programa Nacional de DST/AIDS para estudar e propor resoluções técnico-científicas para cumprir a disposição da Federal nº 9.313/96, “com prazo de 20 dias”. A Comissão Técnica é composta por 13 membros.

A mensagem do presidente da República Fernando Henrique Cardoso no Dia Mundial de Luta contra a AIDS em 1996 reduz a margem para duvidar da clareza que o Governo Federal tem da relevância de aplicar recursos na terapia anti-retroviral para pessoas com HIV/AIDS: “Todos os Estados vão receber o coquetel de medicamentos que melhora a qualidade de vida dos pacientes com AIDS... O Brasil é o único país do mundo que está distribuindo, de graça, o coquetel”.

O presidente Fernando Henrique afirma então que o Ministério da Saúde fornece medicamentos aos pacientes com AIDS, antes mesmo de entrar em vigor a Lei. Lembra que foi criada uma comissão técnica que vai definir uma cesta básica de medicamentos para combater a doença e iniciado o processo de licitação para aquisição de exames necessários ao acompanhamento dos pacientes que vão usar o coquetel.

O presidente da República adverte que o coquetel de medicamentos não deverá ser usado por todas as pessoas que tem o vírus da AIDS e que um grupo de especialistas definiu critérios sobre o uso de remédios – quem deve tomar e quando: “Quem precisa dos medicamentos deve procurá-lo no serviço de saúde onde é habitualmente atendido. Inclusive no caso do coquetel. Lá um médico irá avaliar as condições do paciente e definir o tratamento adequado”.

Fernando Henrique afirma a sua vontade política: “Nós temos recursos para garantir o fornecimento de todos os medicamentos e também os serviços de prevenção, assistência e pesquisa”. E conclui: “Todos os esforços do Governo são pequenos diante do que cada brasileiro pode fazer para evitar a transmissão sexual do vírus. O uso de preservativos é a melhor maneira que se tem para evitar a doença. Eu espero estimular cada cidadão do meu país a dizer sim ‘Sim à vida’”.

## **CONCLUSÃO**

A saúde concerne diretamente à preservação da vida e ao desenvolvimento das capacidades humanas, sendo uma necessidade humana básica em sentido restrito. Todo ser humano deve ter direito à satisfação ótima desta necessidade. As sociedades resolveram a garantia dos direitos mediante a ação do Estado. Esta ação é especialmente necessária em sociedades marcadas por profundas desigualdades com o Brasil.

A forma sob a qual as sociedades modernas resolveram suas questões éticas e de valores referentes aos seus membros foi fixando democraticamente as prioridades sociais – através da discussão e do entendimento – e assegurando-lhes estatuto de direitos com sua contrapartida em deveres. A garantia da realização dos direitos geralmente está a cargo do Estado que as instrumentaliza por meio das instituições públicas.

A implantação das terapias anti-retrovirais consolida marco de referência nas atividades no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em primeiro lugar por cumprir a determinação da Constituição Federal de garantir o acesso universal e igualitário. O Ministério da Saúde, com a política de

padronizar e de coordenar as aquisições e a distribuição dos medicamentos, tem criado meios para que as organizações de saúde possam prestar assistência farmacêutica aos seus clientes usuários com HIV/AIDS.

Em segundo lugar por criar e usar padrões de qualidade que não são aqueles aos quais os profissionais de saúde e os clientes usuários estão habituados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O fato de ser uma terapia clínica em processo de pesquisa impõe a melhoria contínua do composto de produtos fornecidos. É necessário destacar o processo de discussão entre médicos especialistas para definir padrões eficazes de combinação terapêutica anti-retroviral, nos termos da Lei Federal.

A estrutura requerida para a capilarização dos medicamentos proporciona acesso à contagem de linfócitos e de carga viral, que tem sensibilidade e especificidade que não são comuns no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As condições de trabalho para os profissionais de saúde são as melhores possíveis em termos tecnológicos. O Ministério da Saúde procura garantir que seja executada capacitação técnica para obter maior eficiência com recursos disponíveis. Por fim, o Ministério da Saúde criou sistema de controle dos medicamentos adquiridos, distribuídos e consumidos para melhorar os padrões de eficiência.

Na outra face do processo estão clientes usuários da terapia anti-retroviral: as pessoas com HIV/AIDS. Em outro contexto estariam condenados a terem acesso apenas às terapias para as infecções oportunistas. O fornecimento dos anti-retrovirais abre espaço para melhorar as ações de prevenção: o apagamento da imagem mortal da AIDS facilita publicidade e uso dos testes sorológicos anti-HIV. Podemos estar vivendo a véspera dos dias que será popular o bordão “teste-se e trate-se”.

A melhoria dos resultados da terapia anti-retroviral combinada estimula o Ministério da Saúde a aplicar recursos para reduzir a incidência do HIV/AIDS. O marketing social dos preservativos tem combinado as campanhas de mídias com a distribuição dirigida. No final de 1997 estavam sendo adquiri-

dos para distribuição gratuita 200 milhões de preservativos. Entre 1993 e 1997 foram aplicados 18,6 milhões de dólares em projetos de organizações não-governamentais para prevenção e apoio às pessoas com HIV/AIDS.

Não por acaso a primeira página do jornal de maior circulação diária no país de uma segunda-feira de janeiro de 1998 trouxe a fotografia de uma jovem mulher sorrindo: "Coquetel ressuscita pedagoga". O pequeno texto explica: "Quando a pedagoga Silvia Klingspiegel começou a tomar o coquetel anti-HIV o médico disse: 'Você só estará bem quando peões de obra assobiarem para você'. Ela chegou a pesar 29kg. Atualmente com 61kg disse ao médico que isso já aconteceu".

A sociedade parece estar virando uma página da história da saúde e da medicina. Uma pessoa com AIDS mostrou-se sorrindo na capa do jornal diário. É o fim da época quando as fotografias das pessoas com AIDS eram feitas contra a luz, em branco e preto, cinzentas como a cor da pele das pessoas que usavam AZT. É a aurora dos tempos da AIDS administrada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993: investindo em saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993.
- CHEQUER, P. et al. Determinants of survival in adult Brazilian AIDS patients, 1982-1989. In: *AIDS*, 1992, v. 6, n. 5, p. 483-7.
- DANIEL, H.; PARKER, R. *AIDS – a terceira epidemia*. Rio de Janeiro: Iglu, 1991.
- GRUPO PELA VIDDA. *Anais do V Encontro Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS*. Rio de Janeiro, 1995.
- LIMA, C. R. M. Reforma do Estado e política de saúde: discussão da agenda do Banco Mundial e da crítica de Laurell. *Saúde em debate*, n. 49-50, p. 34-43, dez.95-mar.96.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. O que acontece quando o teste é positivo: viver a vida positivamente. Rio de Janeiro, 1994.
- . *Guia de condutas clínicas em AIDS – adulto*. Brasília, 1995.

–. Documento de consenso sobre terapia anti-retroviral em adultos. Brasília, 1996.

–. Principais ações e produtos da Coordenação Nacional de DST/AIDS em 1997. Brasília, 1998.

NOGUEIRA, R. P. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

RELATÓRIO FINAL DA X CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Brasília, 1996.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

–. Lei Federal nº 9.313, de 13 de novembro de 1996.