

*Aprimorando o Debate:
respostas sociais frente à AIDS*

S E M I N Á R I O

***Prevenção à AIDS:
Limites
e Possibilidades
na Terceira Década***

A N A I S

Organizadores

Richard Parker e Veriano Tertto Jr.

**ABIA
2002**

Aprimorando o Debate:
respostas sociais frente à AIDS

SEMINÁRIO

***Prevenção à AIDS: Limites e Possibilidades
na Terceira Década***

ANAIS

Richard Parker e Veriano Terto Jr.
Organizadores

ABIA
Rio de Janeiro
2002

Copyright @ 2002 por ABIA

ABIA

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

Rua da Candelária, 79/10º andar – Centro

20091-020 – Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 2223-1040

Fax: (21) 2253-8495

E-mail: abia@abiaids.org.br

<http://www.abiaids.org.br>

Diretoria: Diretor-Presidente: **Richard Parker**

Diretora Vice-Presidente: **Sonia Corrêa**

Secretário Geral: **Otávio Cruz Neto**

Tesoureiro: **José Loureiro**

Coordenador Geral: **Veriano Terto Jr.**

Coordenador do Projeto: **Carlos André Passarelli**

Conselho Consultivo do Projeto: **Alexandre Böer, Arthur Kalichman, Cássia Buchala, Cristina Pimenta, Daniela Knauth, Draurio Barreira, Elizabeth Moreira, Fernando Seffner, Francisco Inácio Bastos, Francisco Pedrosa, Jorge Beloqui, José Araújo, José Ricardo Ayres, Kenneth R. de Camargo Jr., Lígia Keer Pontes, Regina Maria Barbosa, Richard Parker, Rogério Gondim, Sonia Corrêa, Telma Martins, Vera Paiva**

Relatores do seminário: **Felipe Rios e Wiliam Siqueira**

Apoio:



Programação visual e produção gráfica: **Metara Comunicação Visual (21 2224 8910)**

Tiragem: **1.000 exemplares**

Catálogo na fonte do Departamento Nacional do Livro

A532

Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS: anais do seminário : prevenção à AIDS : limites e possibilidades na terceira década / Richard Parker, Veriano Terto Júnior [Org.] – Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

40 p. ; 21 x 28cm.

ISBN 85-88684-03-9

1. AIDS (Doença) – Pesquisa – Brasil. 2. AIDS (Doença) – Prevenção – Brasil. I. Parker, Richard. II. Terto Júnior, Veriano

CDD: 616.97

S U M Á R I O

▶ APRESENTAÇÃO	5
<i>Richard Parker e Veriano Terto Jr.</i>	
▶ NOTAS SOBRE O SEMINÁRIO “PREVENÇÃO À AIDS: LIMITES E POSSIBILIDADES NA TERCEIRA DÉCADA”	7
<i>Carlos André F. Passarelli</i>	
▶ REPENSANDO CONCEITOS E PRÁTICAS EM SAÚDE PÚBLICA	12
<i>José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres</i>	
A NECESSIDADE DE REVISITAR CONCEITOS	12
O SUJEITO COMO QUESTÃO	12
O PROBLEMA DA IDENTIDADE NA CONSTRUÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE	13
O TÉCNICO E O NÃO-TÉCNICO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE	14
O CUIDADO E O COMPARTILHAMENTO DE HORIZONTES NA CONSTRUÇÃO DA SAÚDE	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
▶ SEM MÁGICAS SOLUÇÕES: A PREVENÇÃO AO HIV E À AIDS COMO UM PROCESSO DE “EMANCIPAÇÃO PSICOSSOCIAL”	20
<i>Vera Paiva</i>	
O CONTINUUM ENTRE PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA APROFUNDA A OPERACIONALIZAÇÃO DA NOÇÃO DE VULNERABILIDADE	20
<i>A prevenção segue pensada para cidadãos “HIV negativos”</i>	21
<i>Gêneros, no plural</i>	22
<i>Do consumidor ao sujeito-cidadão</i>	23
POLITIZAR OS GRUPOS PSICO-EDUCATIVOS E OS GRUPOS DE APOIO	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
▶ PREVENÇÃO À AIDS: UMA AÇÃO POLÍTICO PEDAGÓGICA	28
<i>Fernando Seffner</i>	
APRESENTAÇÃO	28
INTRODUÇÃO	28
PREVENÇÃO, EDUCAÇÃO E POLÍTICA	29
FONTES PARA O ESTABELECIMENTO DE UM PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO EM PREVENÇÃO	33
SUGESTÕES, MODOS E CRITÉRIOS PARA AÇÕES EM PREVENÇÃO	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
▶ INTERFACES ENTRE A PREVENÇÃO E A ASSISTÊNCIA ÀS DST E AIDS NA PERSPECTIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: AVALIAÇÃO E CRÍTICA DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS	36
<i>Denise Doneda, Ivo Brito e Denise Gandolfi</i>	

S U M Á R I O

▶ PROGRAMA	39
▶ LISTA DE PARTICIPANTES	40

Dando continuidade à iniciativa de ampliar ao máximo a divulgação das principais discussões ocorridas no âmbito dos seminários que fazem parte do projeto *“Aprimorando o Debate: respostas frente à AIDS no Brasil”*, a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) traz nesta publicação os resultados do segundo seminário, realizado entre os dias 09 e 10 de Agosto de 2001, em Fortaleza, Ceará.

Um dos grandes objetivos da ABIA, quando da idealização deste projeto, que propõe a realização de cinco seminários, em diversas capitais brasileiras durante os anos de 2001 e 2002, é aprofundar o debate entre diversos atores sociais (organizações não-governamentais, organismos governamentais, setor privado e universidades), buscando identificar e orientar, dentro do possível, os caminhos e as tendências das respostas frente à epidemia, em diferentes campos de atuação (pesquisa, prevenção, Direitos Humanos, assistência). O primeiro seminário foi realizado em junho, na cidade do Rio de Janeiro, e tratou de temas relativos à pesquisa em HIV/AIDS. O segundo teve como tema central a prevenção à AIDS.

Em *“prevenção à AIDS: limites e possibilidades na terceira década”*, título deste segundo seminário, assistimos ao desenvolvimento de uma discussão sobre os marcos conceituais que orientam as ações de promoção da saúde e prevenção, passando, refletidamente, pelos vários temas que compõem o campo da prevenção (modelos de intervenção, populações específicas, capacitação, ações programáticas), concluindo com as interfaces existentes ou necessárias entre a prevenção e a assistência.

Para tanto, os debates realizados contaram com textos de apoio (*background paper*), escritos por José Ricardo Ayres, professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina, e por Vera Paiva, professora do Departamento de Psicologia Social do Instituto de Psicologia, ambos da Universidade de São Paulo, que poderão ser lidos nesta publicação. O artigo do Prof. José Ricardo Ayres levanta os marcos conceituais que orientam ou podem vir a orientar o trabalho de prevenção e promoção à saúde. Já o trabalho da Prof. Vera Paiva, procurou identificar os elos e conflitos presentes nos diálogos possíveis entre a prevenção e a assistência, aprofundando a nossa reflexão sobre as conquistas na interface entre estes dois campos e na importância estratégica de que eles sejam trabalhados cada vez mais integradamente.

O seminário estimulou novas intervenções por meio de textos, além dos artigos solicitados aos professores José Ricardo Ayres e Vera Paiva. Desta forma, nesta publicação estão inseridos os textos elaborados por Fernando Seffner, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e por assessores técnicos da Unidade de Prevenção da Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, escritos também com o intuito de motivar as discussões das mesas-redondas.

Para garantir, de forma efetiva, a intersectorialidade do debate, as mesas redondas e discussões tiveram a participação de um público genuinamente diversificado, proveniente do movimento social de luta contra a AIDS, – Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS (GAPA) do Rio Grande do Sul, Grupo de Incentivo à Vida (GIV), de São Paulo, Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), e a própria ABIA, além de organizações do Ceará, como o Grupo de Resistência Asa Branca (GRAB), o GAPA, o Instituto de Saúde e Desenvolvimento Social, o Grupo Aliança e Luz e a ESPLAR – da academia – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Universidade de São Paulo, Insti-

tuto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade de Brasília, Instituto Alfredo da Matta (do Amazonas) e representantes das Universidades Federais dos Estados do Rio Grande do Sul, Pernambuco e Ceará – e de programas governamentais de DST/AIDS – aqui representados pelos municípios de São Paulo e Porto Alegre, os Estados de São Paulo, Brasília e Ceará e pela Coordenação Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde, com a presença de seu diretor, Dr. Paulo Teixeira, e de técnicos das unidades de prevenção, epidemiologia e treinamento.

No entanto, como referimos acima, este diálogo intersetorial está apenas começando e o objetivo desta publicação é, além de apresentar os principais pontos discutidos durante o seminário de Fortaleza, incluir um número sempre crescente de interlocutores, permitindo, desta forma, compartilhar idéias e conceitos que sirvam de ferramenta para o processo de avaliação de nossas ações de prevenção e, conseqüentemente, para o refinamento da qualidade da resposta social à epidemia de AIDS.

Por último, gostaríamos de registrar o nosso agradecimento aos membros daquelas instituições que nos auxiliaram na condução dos aspectos logísticos do seminário em Fortaleza, sem as quais esta atividade seria impraticável: Coordenação de DST e AIDS da Secretaria de Estado da Saúde do Ceará, Universidade Federal do Ceará, Grupo de Resistência Asa Branca (GRAB) e Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS do Ceará (GAPA/CE).

Richard Parker
Presidente da ABIA

Veriano Terto Jr.
Coordenador Geral da ABIA

Notas sobre o Seminário “Prevenção à AIDS: Limites e Possibilidades na Terceira Década”

Carlos André F. Passarelli¹

O reconhecimento dos avanços e conquistas no campo da prevenção não salta às vistas de maneira imediata, como ocorre em outras áreas de atuação em AIDS, como a pesquisa e o acesso a medicamentos. Desde os primeiros momentos da concepção e idealização do seminário “prevenção à AIDS: limites e possibilidades na terceira década”, realizado em Fortaleza entre os dias 09 e 10 de agosto de 2001, ficou evidente a dificuldade de reunir nomes e artigos que desenvolvessem os temas relacionados às questões teóricas e práticas que norteiam as ações em prevenção. Assim, o seminário teve como mote de discussão a necessidade de repensar os conceitos que estão (ou deveriam estar) na base das múltiplas intervenções em prevenção à infecção pelo HIV e de como, a partir da reflexão teórica e do aprendizado prático, podemos alçar vãos mais altos que dêem conta de construir um modelo de atenção à saúde mais integral, ou seja, que articulem, de fato, a prevenção e a assistência. Não se trata, no entanto, de afirmar que o Brasil não realiza prevenção, mas enfrentar, de forma propositiva, um dos dilemas desse campo, a saber, a falta ou pouca teorização sobre o que se construiu nesses vinte anos de epidemia, o que nos impede a adequada avaliação do impacto de nossas intervenções bem como da qualidade de nossas ações.

Também é claro que, se a reflexão sobre a prevenção à AIDS ainda é insuficiente em nosso país, isto se deve, em grande parte, ao lugar restrito que a promoção à saúde ocupa em nosso sistema público de saúde e no ensino superior em medicina e áreas afins. Isto irá gerar modelos de intervenção que são muito mais intuitivos e menos reflexivos, na maior parte das vezes frutos da própria emergência suscitada pela crise representada pela irrupção de uma epidemia, com as dimensões que a AIDS assumiu entre nós.

O ponto de partida para o debate que assistimos na primeira mesa foi uma reflexão particular sobre os efeitos dessa crise. Com o tema “prevenção e promoção à saúde: desafios conceituais para uma renovação das práticas”, a apresentação foi estruturada em torno do texto de José Ricardo Ayres, que foi debatido por Ivo Brito (da Unidade

de Prevenção da Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde), Karen Bruck (do GAPA do Rio Grande do Sul) e Magnólia Said (do ESPLAR – Centro de Pesquisa e Assessoria – e da Rede Brasil sobre Instituições Financeiras Multilaterais). Em sua exposição, Ayres nos propõe um olhar original sobre a crise representada pela epidemia que, segundo ele, nada mais é que o reflexo de uma crise maior vivida pela saúde pública como um todo. Esta última se expressa nas concepções e paradigmas que formamos sobre os sujeitos de nossas intervenções e suas identidades.

Um dos primeiros desafios a vencer é, portanto, a rigidez da noção de identidade, que determina a nossa relação com o outro. Se não conseguirmos avançar na compreensão de que as identidades são construídas em contextos, sociais e históricos, de intersubjetividade, não teremos condições de vislumbrar (ou compartilhar) os projetos de felicidade que os sujeitos carregam consigo. Dito de outra forma, os profissionais da saúde pública e os atores da prevenção à AIDS ainda não conseguimos, de forma efetiva, oferecer ambientes nos quais esses projetos possam ser plenamente escutados e compreendidos. Tanto pela urgência imposta pela epidemia, quanto pela nossa preocupação em atingir o êxito técnico de nossas ações, o tratamento acabou ocupando um lugar de destaque dentro de nossa agenda, relegando a um plano superlativamente inferior o cuidado com o outro.

É nessa polaridade entre o tratar e o cuidar que transitam os modelos e as concepções de atenção à saúde, geralmente com uma lógica mais curativa, voltada ao tratamento, e menos preventiva, ou seja, orientada pelo cuidado. No plano pragmático, essa dualidade se expressa na oscilação entre o êxito técnico e o sucesso prático. Nesse sentido, o caminho apontado pela reflexão de Ayres é para uma re-descrição de nossas atividades, que nos auxilie a passar do tratamento para o cuidado, permitindo, desta forma, a criação de espaços de intersubjetividade nos quais possam emergir os projetos de felicidade dos sujeitos.

O debate que se seguiu à apresentação de Ayres retomou, com diferentes matizes, as colocações do expositor sobre êxito técnico e sucesso prático, buscando contextualizar os conceitos abordados à luz do trabalho de intervenção (ou de ponta) e da elaboração das políticas públicas. Neste sentido, torna-se indissociável da

¹ Psicólogo, mestre em psicologia social, assessor de projetos da ABIA.

reflexão sobre a noção de sujeito, um questionamento sobre a produção dos profissionais de saúde pública e as necessidades efetivas que estão na base dos projetos de felicidade, tanto dos usuários, como desses profissionais.

E é justamente no campo da necessidade que vimos nascer as primeiras respostas à epidemia no campo da prevenção, o que justifica, em parte, a pouca produção intelectual nesta arena. Éramos movidos pela urgência da epidemia, pela necessidade de estancar a hemorragia. Assim, fizemos muito, mas sempre tivemos pouco tempo ou espaço para registrar e refletir sobre o caminho percorrido. Vieram os acordos de empréstimo com o Banco Mundial, e as organizações comunitárias assumiram um papel protagonista na condução das ações de prevenção, de um modo muito desvinculado de nosso sistema de saúde. Agora que nos encontramos no final do segundo acordo, e vendo que o Sistema Único de Saúde (SUS) pouco assimilou de práticas preventivas, nós nos vemos diante do impasse de saber quem serão os atores da prevenção. E também nos perguntamos, com objetividade, sobre os recursos que deverão ser empenhados para dar continuidade ao que se construiu até agora. Além de encontrar vias de financiamento dentro do SUS para a prevenção, temos que recolocar o assunto na pauta das agências internacionais, que nos últimos anos vêm priorizando outras áreas de atuação ou outros países, diante do diagnóstico de que a resposta brasileira à epidemia atingiu patamares de excelência, entre outros fatores.

Essas são as dimensões pragmáticas das metáforas postas pelo tratar e pelo cuidar e, no caso da epidemia de AIDS (para não dizer da saúde pública, em geral), sempre penderam mais para o lado do tratamento, na medida em que, como nos apontou o debate, ele tem um endereço certo, ao passo que o campo e o sujeito da prevenção são sempre mais difusos. Se os usuários dos serviços de saúde e os doentes de AIDS se animam e se reúnem para reivindicar o acesso aos tratamentos disponíveis, raramente presenciamos uma mobilização, ou mesmo uma ação judicial, reclamando por insumos de prevenção.

Como poderemos ver ao longo deste texto, o imperativo de políticas públicas que dêem conta da integração entre a prevenção e a assistência se fez presente em todas as mesas deste seminário. Entender as metáforas do tratar e do cuidar como complementares é um dos caminhos possíveis para que não façamos da prevenção uma prescrição de condutas que acabem por normatizar e regular os nossos projetos de felicidade que, ao fim e ao cabo, deveriam ser o motivo ou objeto de nossas intervenções.

Mas, de que forma essas questões estão inseridas dentro de nossa prática cotidiana? Ou, como os modelos de intervenção conseguem dar conta dessa dimensão intersubjetiva? Estas questões formaram o eixo da discussão da mesa seguinte, intitulada “*modelos de intervenção*”, que contou com as apresentações de Edgar Hamann (Universidade de Brasília – UnB), Fábio Mes-

quita (Programa Municipal de DST/AIDS de São Paulo) e Mirtha Sudbrack (Programa Municipal de DST/AIDS de Porto Alegre), que foram debatidas por Fernando Seffner (Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS).

A primeira apresentação (Edgar Hamann) trouxe um panorama dos modelos mais usados em educação em saúde, analisando-os a partir das oposições que estão em suas bases, tais como as tensões existentes entre sujeito e coletividade, intimidade e cultura, emoção e razão. *Grosso modo*, os modelos se distinguem segundo os seus focos de intervenção, que por sua vez irão determinar metodologias, teorias, práticas profissionais e objetivos específicos. Assim, esquematicamente, teríamos quatro paradigmas:

- 1) comportamento individual → realidade objetiva → behaviorismo → condicionamento/psicoterapia individual → mudança comportamental.
- 2) percepção e cognição → motivações pessoais → teoria da ação social (Montessori) → terapias de grupo, gestalt, psicodrama → educação continuada (antropogogia).
- 3) representações sociais → relações interpessoais/sociais e cultura → neo-estruturalismo, psicologia humanista; sociologia fenomenológica e o construtivismo → sócio-drama pedagógico → movimentos de cultura popular e de militância.
- 4) estruturas sociais → classes sociais → pedagogia crítica, educação popular (Paulo Freire) → pesquisa-ação, teatro do oprimido → movimento sindical, reforma sanitária e redemocratização das estruturas políticas.

Cada um desses modelos tem sido empregado ou enfatizado em diferentes momentos da epidemia, sem consolidar-se, como não poderia deixar de ser, como uma resposta definitiva ou acabada. No entanto, é interessante observar como a AIDS re-significa essas práticas de educação em saúde, tal como vemos nas abordagens direcionadas à redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas – a apresentação feita por Fábio Mesquita – ou nos discursos dos poderes públicos sobre prevenção e promoção à saúde – como exemplificado pela exposição de Mirtha Sudbrack.

Em sua apresentação, Mesquita nos mostra como a redução de danos, vista como uma estratégia de prevenção à AIDS, é, assim como outros fenômenos relacionados à epidemia, um dos resultados de uma série de movimentos (políticos, comunitários, legislativos, sanitários) que ocorreram dentro e fora do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao colocar num plano secundário as motivações individuais no uso de substâncias químicas, enfatizando o uso seguro (da droga, do sexo, do silicone, etc.), a estratégia de redução de danos busca promover a autonomia do usuário de droga, agora tomado não como um dependente químico, mas como um agente de saúde e, portanto, um cidadão.

Da mesma forma, a apresentação de Mirtha sobre a forma como a Prefeitura de Porto Alegre vem desenvolvendo um trabalho de prevenção sob a égide de uma gestão democrática, que tem como preceito a participação

popular, nos revela que os modelos de intervenção que adotamos não podem deixar de considerar as dimensões políticas de nossos sujeitos, nem tampouco as estruturas sociais que dispomos (ou não) para o desempenho de nossas ações. Ou seja, a existência e efetivação de um Sistema Único de Saúde, baseado na universalidade e gratuidade do acesso, na integralidade da atenção e na descentralização da gestão, devem ser o ponto de partida para que possamos consolidar os objetivos de nossa intervenção, que vão desde a modificação de determinados comportamentos até à diminuição dos abismos culturais e econômicos que determinam a exclusão social e, conseqüentemente, o aumento da vulnerabilidade social à infecção pelo HIV.

Mas, se existe um consenso sobre a real eficácia dos modelos que apostam na cidadania e na promoção de uma relação igualitária entre os agentes e os sujeitos da intervenção, o debate nos trouxe os limites e desafios que subjazem a essas crenças. Em primeiro lugar, temos a distância considerável entre o SUS e o lugar no qual efetivamente a prevenção vem se realizando. O cotidiano da prevenção não é o mesmo da assistência, sendo que também os atores, agentes e públicos são diferentes. Além disto, são bem conhecidos os percalços para se alcançar a participação popular, imersos que estamos em sistemas de educação e de decisões políticas altamente hierarquizados e verticais. As prerrogativas em que acreditamos, que permitem implementar os nossos modelos de intervenção, ainda estão muito longe de se estarem minimamente realizadas, o que nos dá a impressão, muitas vezes, de que o trabalho nem sequer começou.

Mas, para usar uma imagem de Fábio Mesquita durante o seminário, *“enquanto a revolução não vem”*, devemos olhar para as nossas intervenções no seio de pequenas comunidades e grupos, para que possamos extrair dessas experiências os ensinamentos para o desenvolvimento de ações futuras, mais próximas aos ideais em que acreditamos e aos projetos de felicidade de nossos sujeitos. Assim, a terceira mesa do seminário, que recebeu o nome *“aprendendo com as experiências”*, pôde nos dar, mesmo que de forma fugaz, um vislumbre da riqueza do trabalho que se opera na interação face a face, o encantamento e a aridez de compartilhar o cotidiano dos agentes de prevenção e de suas populações-alvo.

Foram cinco as experiências relatadas nessa apresentação. Em primeiro lugar, Adele Benzaken, do Instituto Alfredo da Matta de Manaus, narrou os passos que partiram de uma necessidade identificada pela equipe de saúde de diagnosticar e tratar doenças sexualmente transmissíveis e culminaram com a organização das profissionais do sexo de Manacapuru – um município ribeirinho próximo de Manaus. Em seguida, Ranulfo Cardoso, da Unidade de Prevenção da Coordenação Nacional de DST e Aids, nos ofereceu um panorama sombrio da assistência à saúde de adultos encarcerados, apontando as pistas e os avanços obtidos na prevenção à AIDS junto a esse segmento populacional, desde a perspectiva de quem ocupa os lugares onde as políticas públicas são executadas.

A terceira apresentação foi de Márcia Araújo, do Grupo Aliança e Luz de Fortaleza, que trouxe os resultados de um trabalho que procurou articular os grupos locais com agências de cooperação internacional e importadores de preservativo masculino para a ampliação do acesso a esse insumo de prevenção, para a população do Ceará. Em seguida, Rogério Gondim, do GAPA/CE, discutiu sobre o envolvimento do grupo de homens que fazem sexo com homens em uma atividade que mesclou intervenção e pesquisa, gerando um material informativo (revista) que pudesse contextualizar as mensagens de prevenção na cultura da comunidade da população-alvo de Fortaleza. Por fim, em uma apresentação repleta de imagens sobre o universo dos usuários de drogas injetáveis, Domiciano Siqueira, da Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), com sede em Ribeirão Preto, SP, discorreu sobre os diversos lugares sociais ocupados por esses indivíduos (o louco, o doente, o fora-da-lei, o pecador), e a forma como o trabalho comunitário dos redutores de danos pode e consegue dar-lhes o status de cidadão.

O debate conduzido por Mary Jane Spink, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, revelou, entre outras coisas, a necessidade de olharmos para essas experiências, com o “viés” do contexto no qual elas estão inseridas, se quisermos, efetivamente, aprender algo com elas e, a partir disso, orientar nossos passos para o futuro. Tal aprendizagem, nas palavras de Spink, consiste, então, em um processo coletivo e compartilhado de atribuir sentidos a cada passo da ação – seus inícios, meios e fins. Assim, o trabalho de prevenção é aprendido (re-significado) na relação dialógica que podemos estabelecer com os sujeitos de nossas intervenções, conseguindo enxergar e reconhecer o nosso lugar e o do outro nesses processos de interação social. Ao mesmo tempo, o caminho que Spink nos convida a percorrer, a partir das experiências relatadas, nos remete a uma nova forma de relação com os paradigmas (modelos) de intervenção, objeto da discussão da mesa precedente. Ou seja, perceber que os modelos, também eles, são passos de nosso percurso e, só porque são por nós assimilados e re-significados, deixam de ser discursos vazios, normativos e, portanto, de pouca valia em um trabalho que se pretende transformador e prenhe de sentidos positivos.

Mas, se as práticas da prevenção se caracterizam pelo que elas contêm de singular e por serem produzidas na interação dialógica entre o agente de saúde e o sujeito da intervenção, e, como ouvimos no debate, só podemos aprendê-las quando as tomamos nas próprias mãos, cabe perguntar que tipo de capacitação é possível para que possamos “habilitar” novos agentes neste esforço. Este foi o mote central da discussão da mesa sobre “capacitação para a prevenção”, que contou com as apresentações de Mário Ângelo da Silva, da Unidade de Treinamento da Coordenação Nacional de DST e Aids, José Araújo Lima Filho, do Grupo de Incentivo à Vida de São Paulo e Tati Andrade, representando o Instituto de Saúde e Desenvolvimento Social de Fortaleza. Essas apresentações foram debatidas por Jorge Lyra, do Programa PAPAI, de Recife.

Como o debate que se seguiu às apresentações revelou, essa talvez tenha sido a mesa na qual mais se evidenciou o distanciamento entre os paradigmas teóricos e a prática da educação em saúde. Foram apresentadas três perspectivas muito diferentes entre si: a) a visão do executor das políticas públicas, com o apoio a projetos de capacitação em prevenção no âmbito das universidades brasileiras; b) a “pedagogia militante”, que realiza uma educação entre pares, orientada para o ativismo e a liderança de pessoas que vivem com HIV/AIDS e c) a criatividade do cotidiano, que utiliza o teatro e outras formas de expressão artística para sensibilizar educadores, profissionais de saúde e a população para as questões da prevenção. Por mais que existam modelos teóricos que orientem essas atividades, eles ficaram ditos nas entrelinhas, quando muito, na medida em que o colorido das práticas e das atividades acaba por encobrir, ou relegar a um segundo plano, as possibilidades de teorização e reflexão sobre o caminho percorrido e os referenciais assumidos.

Fica patente, portanto, ao longo de todas as discussões do seminário, a necessidade de estabelecermos fluxos efetivos que consigam melhor articular a produção com a reflexão teórica, envolvendo, para tanto, os diferentes interlocutores desse diálogo. No entanto, por mais que esse descompasso tenha sido a tônica do seminário, o que nos dificulta uma visão mais clara sobre os avanços na área, a discussão sobre “as interfaces entre a prevenção e assistência”, objeto da última mesa do seminário, trouxe à tona a dimensão já enunciada na primeira mesa, que é a do sucesso prático. Com o debate conduzido por Ruben Mattos, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a mesa contou com a apresentação de um dos textos de referência do seminário, escrito por Vera Paiva, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e do NEPAIDS e com as falas de Francisco Pedrosa, do Grupo de Resistência Asa Branca, de Fortaleza e de Paulo Roberto Teixeira, diretor da Coordenação Nacional de DST e Aids.

No campo da AIDS, a associação entre prevenção e assistência, planejada ou não, sempre esteve a serviço de garantir integralidade às ações de saúde pública, seja no âmbito governamental, seja no trabalho executado pelas ONG. Neste sentido, Francisco Pedrosa traz uma visão interessante sobre o modo como sua instituição vem se pautando no papel protagonista dos homossexuais e das pessoas que vivem com HIV/AIDS a fim de desenvolver propostas que aliam a luta pela defesa de direitos civis das minorias sexuais com o movimento em prol do acesso universal aos serviços de saúde e insumos de prevenção. A compreensão dos pontos de intersecção dessas pautas de reivindicações e a sua execução em propostas viáveis são caminhos possíveis para o enfrentamento da epidemia, trazendo para os campos da prevenção e da assistência, agora tomados como um só, a dimensão dos Direitos Humanos.

Também o texto e a fala de Vera Paiva procuraram resgatar, de forma pragmática, a articulação entre saúde e Direitos Humanos, uma das grandes contribuições trazidas por Jonathan Mann. Lembrando a tradição de Mann e tan-

tos outros ativistas de grande importância para o movimento social em AIDS, como Betinho e Herbert Daniel, Paiva acentua que a luta pelos direitos humanos no enfrentamento da epidemia permitiu-nos desenvolver uma abordagem que não dissociasse a assistência da prevenção. No entanto, Paiva nos adverte que é necessário não nos deixarmos inebriar pelos sucessos conquistados, para que os desafios e lacunas ainda existentes não sejam dissimulados.

A tensão estabelecida entre os ideais de cidadania e as exigências do mercado de consumo irá determinar nossas pautas de atuação, que serão mais ou menos transformadoras, segundo o lado para o qual pender o fiel da balança. Não são poucos os modelos teóricos que apregoam os nossos projetos de felicidade como bens de consumo. Por outro lado, os movimentos que apostam na universalidade do acesso à saúde têm que lutar tenazmente contra as políticas neoliberalizantes, que aniquilam o sujeito e as suas diferenças e legitimam a desigualdade social. Essa visão, que pretende politizar o trabalho em AIDS, acaba por restituir às pessoas que vivem com HIV/AIDS o seu papel protagonista também na prevenção, tanto como agente de saúde, como alvo de políticas públicas.

Esse parece ser o ponto de vista compartilhado pela Coordenação Nacional de DST e Aids, segundo Paulo R. Teixeira. Lembrando que a integralidade, ao lado da universalidade do acesso e da gestão descentralizada, é um dos princípios que norteiam a atenção à saúde no Brasil, Teixeira se pergunta como poderia existir prevenção, se não houvesse uma retaguarda assistencial e a oferta de tratamento para as pessoas já infectadas. Nesta acepção, tratar a doença é também uma ação de prevenção, e o gestor do Sistema Único de Saúde, em seus três níveis, deve promover políticas e programas para tanto. Esse talvez seja o diferencial da resposta brasileira à epidemia, se comparada com a de outros países em iguais estágios de desenvolvimento, o que permite a Teixeira postular a existência de um modelo brasileiro de enfrentamento à AIDS, que repercute positivamente em esferas internacionais. Note-se o papel protagonista desempenhado pelo país na questão das patentes das indústrias farmacêuticas sobre medicamentos considerados essenciais.

O tema debatido nesta última mesa serviu de pano de fundo para todas as outras discussões durante o seminário: a integralidade da atenção à saúde é um processo em andamento. Como Rubem Mattos nos lembrou, a importância da AIDS neste aspecto expressou-se na quantidade e qualidade dos atores que passaram a reivindicar por uma saúde pública efetivamente democrática e de acesso universal. Aqui se mostra, certamente, a transversalidade das discussões deste e de todos os seminários que integram o projeto “Aprimorando o Debate”. A luta por prevenção e tratamento é uma só, o que demonstra que seria insensato desarticular tais plataformas, tanto no âmbito do ativismo, como da organização dos serviços de atenção. Assim, a marca distintiva desse processo, no caso brasileiro, é fazer com que a bandeira do Sistema Único de Saúde não seja erguida exclusivamente pelos ativistas do movimento

sanitário, mas que aí se incluam as pessoas que vivem com HIV/AIDS, os grupos mais vulneráveis para a infecção pelo HIV e todos os atores sociais implicados com a causa da AIDS.

No entanto, como já vem se anunciando desde a primeira mesa, ainda há um significativo número de questões sem respostas, quando o assunto é a inclusão de ações de prevenção no SUS. Quem faz a prevenção? Quais as formas de financiamento dessas ações? Como garantir o acesso daqueles grupos que ainda são alvo de estigma e preconceito por parte dos próprios serviços de saúde? Como fazer com que os insumos de prevenção sejam adquiridos e distribuídos pelos serviços de saúde, de forma continuada e para um contingente cada vez maior? Algumas tentativas de equacionar esses dilemas têm sido efetivadas por meio das organizações e serviços que realizam atividades de assistência, na medida em que esta tem uma porta de entrada bem conhecida pela população, mas isto não se constitui em um modelo que efetivamente se oriente e é planejado a partir da integralidade da atenção, como um princípio estrutural.

Além disto, diante das especificidades da prevenção à AIDS, sabemos que essas respostas devem ser buscadas dentro e fora do campo da saúde pública, na medida em que, como vimos insistindo com esta série de seminários, a resposta brasileira frente à epidemia deve se pautar por uma perspectiva intersetorial. Mas, se o envolvimento dos profissionais de saúde e dos ativistas de alguns movimentos sociais (homossexuais, mulheres, o próprio movimento em torno da AIDS, entre outros) já é uma realidade, ainda há muito que se caminhar para atizar a capacidade de respostas (responsabilidade) dos atores de outros setores sociais, tais como a educação, a justiça, a assistência social, o trabalho e a ciência e a tecnologia, para citar apenas os mais importantes ou cujas afinidades são mais visíveis ou óbvias. Esse é um passo que deve ser dado por aqueles que têm a epidemia em sua agenda de prioridades, pois vimos acumulando uma bagagem considerável de experiências e iniciativas inovadoras, mesmo considerando o seu caráter intuitivo e não planejado e que o registro e avaliação das mesmas ainda deixe a desejar.

O que construímos ao longo desses vinte anos de epidemia poderá contribuir efetivamente para que, nesse processo de incluir outros interlocutores nos debates da prevenção, ou em uma atenção mais integral à saúde, consigamos conciliar as singularidades dos projetos subjetivos de felicidade – o alvo e a matéria cotidiana das nossas ações de prevenção – com os princípios de universalidade que orientam a nossa luta de uma saúde digna para todos.

Repensando Conceitos e Práticas em Saúde Pública

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres¹

A necessidade de revisitar conceitos

Ao iniciarmos o século XXI, é patente a necessidade de examinar alguns dos conceitos que, com diferentes graus de crítica, usamos cotidianamente ao produzir conhecimento ou pensar intervenções no campo da saúde pública. Se considerarmos a profusão de novas, ou renovadas, propostas de produção de conhecimento, de organização dos serviços ou de desenvolvimento de modelos de assistência recentemente colocadas na cena da saúde – saúde da família, vigilância à saúde, promoção da saúde, suporte social, redução de riscos, redução de danos, redução de vulnerabilidade, medicina baseada em evidências, entre outras – somos levados a considerar proporcionalmente restrita a produção de uma reflexão conceitual mais sistemática. No entanto, uma tal sistematização mostra-se fundamental, de um lado pela necessidade de uma crítica consistente e madura acerca dos significados sócio-históricos desses movimentos recentes, de outro lado, pelo interesse na reconstrução das bases epistemológicas de um campo tecno-científico extremamente dinâmico, mas bastante resistente ao trabalho teórico-filosófico.

Nesse sentido, e sem nenhuma pretensão de ser exaustivo quanto ao elenco das questões selecionadas para a discussão, nem tampouco de esgotar o tratamento teórico dado às mesmas, espera-se aqui identificar alguns pontos que podem e, segundo pensamos, necessitam ser problematizados e reformulados na perspectiva de adensamento conceitual do conhecimento e da intervenção em saúde pública. É assim que procuraremos examinar quatro grupos de questões conceituais, mutuamente implicadas, de grande importância no processo de reflexão aqui defendido: subjetividade/intersubjetividade, identidade/alteridade, controle técnico/sucesso prático e, por fim tratamento/cuidado.

O sujeito como questão

No Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia, de Lalande (1993), o substantivo sujeito se refere ao “ser real, considerado como algo que tem qualidades ou exerce ações” (Idem: 1090 C); “... que existe não só

em si, mas para si, e que, não se limitando a ser objeto, visível de fora ou delimitado por contornos lógicos, apenas tem a sua verdadeira realidade ao contribuir para se fazer a si mesmo, a partir, sem dúvida, de uma natureza dada e segundo exigências intimamente sofridas, mas por meio de um devir voluntário e uma conquista pessoal” (Idem: 1089 - notas). Esta nos parece ser a concepção mais pregnante de sujeito nos discursos da saúde pública, legado da forte influência hegel-marxiana no pensamento sanitário brasileiro e latino-americano, de modo geral.

Há dois tópicos fundamentais onde encontramos esse sujeito de traços hegelianos em nossos discursos. O primeiro é relativo à identidade dos destinatários de nossas práticas; ao ser autêntico, dotado de necessidades e valores próprios, origem e sinal de sua situação particular. É desse sujeito que falamos quando nos comprometemos a conhecer ou atender às “reais necessidades de saúde da população”, surrado jargão de nosso campo. O segundo tópico é relativo à ação transformadora, o sujeito como o ser que produz a história, o responsável pelo seu próprio devir. É disso que falamos quando desejamos que aqueles a quem assistimos “tornem-se sujeitos de sua própria saúde”, outra conhecida expressão, de que certamente cada um de nós já terá feito uso alguma vez.

Ora, encontrar os sujeitos, esses seres autênticos, com suas necessidades e valores, capazes de produzir coisas e transformar sua própria história, está no centro de todas as propostas renovadoras acima apontadas. Mas, será essa concepção de sujeito, que temos usado tão acriticamente, adequada a essas propostas de renovação? Muito particularmente no campo da prevenção, onde talvez ainda mais do que no campo do tratamento ou da reabilitação, se cobra a presença do sujeito na orientação de nossas intervenções, será essa concepção de sujeito verdadeiramente produtiva?

Dois núcleos de significação implícitos nessa concepção de sujeito parecem-nos problemáticos. O primeiro é a idéia de permanência, de mesmidade, que reside no âmago desse sujeito-identidade, esse que é igual a si mesmo através dos tempos, que “faz a si mesmo a partir de uma natureza dada”, moldada por um “devir voluntário”, uma “conquista pessoal”. O segundo é a idéia de produção em que se apóia o sujeito-agente da história. O ser histórico é o ser produtor, aquele que

¹ Médico Sanitarista, doutor em Medicina Preventiva, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

introduz ou melhora coisas ou idéias para o progresso da vida humana.

O que se quer defender aqui é uma revisão, com base em já sólidos desenvolvimentos da filosofia contemporânea (Ricoeur, 1991; Habermas, 1990; Rorty, 1994; Gadamer, 1996), que leve à subsunção dessa concepção de subjetividade (subjetividade querendo denotar aqui simplesmente o ato ou estado de ser sujeito), em uma conceituação mais rica. Uma conceituação de subjetividade em que a idéia de permanência, associada à dimensão identitária, seja substituída pela de contínua reconstrução de identidades e a idéia de produção, relacionada à dimensão transformadora, seja abarcada pela noção mais ampla de sucesso prático, que pode ou não passar pela produção de bens.

Voltaremos mais adiante a essas mudanças. Cabe, antes, chamar a atenção para o fato de que ambas as passagens dependem de que superemos também os pressupostos solipsistas e fundamentalistas que permanecem na base de nossa concepção mais habitual de sujeito, por mais que não nos demos conta disso. Dependem, de um lado, que pensemos muito mais em intersubjetividade que em subjetividade, que consideremos, em outras palavras, o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos.

Em um antigo texto seu, o filósofo Ernildo Stein (1976) fazia referência a uma alegoria utilizada por Kant, na crítica da razão pura, que pouca atenção recebera na literatura filosófica desde sua publicação, mas que lhe parecia muito fecunda: a alegoria do vôo da pomba. Stein chama a atenção para o fato de que o que mais lhe impressionara na alegoria eram certas possibilidades interpretativas que, admitia, não eram exatamente aquelas a que Kant recorreu no seu uso original. O mesmo ocorre aqui. A alegoria da pomba será utilizada aqui com propósitos bem diferentes da intenção de discutir a metafísica, tal como aparece na obra original, ou a questão da finitude e da transcendência, veio explorado por Stein. Nos interessa aqui perceber como, na metáfora do vôo da pomba, é possível identificar elementos interpretativos que podem nos levar a uma visão de sujeito mais fecunda do que aquela que nos legou a filosofia do sujeito moderna.

Diz o texto:

“A leve pomba, enquanto, em seu livre vôo, corta o ar cuja resistência sente, poderia imaginar que ainda mais sucesso teria no vácuo”.

Esse vôo sonhador da pomba pode ser tomado como uma vigorosa metáfora do *ato identificador*, da atribuição de predicados aos diferentes momentos da experiência que nos faz constituir, simultaneamente, nossos mundos e nós mesmos (Heidegger, 1995). Ela remete ao processo de construção de identidades que nos indica uma inexorável dialética de negar construindo/construir negando, tão difícil de expor em palavras e tão claramente expressa na alegoria.

Interessa-nos, particularmente, um aspecto fundamental dessa dialética: o lugar do sujeito, esse ser pensante que, ao atribuir predicados ao mundo, identifica a si próprio. Interessa-nos a experiência de “resistência” que faz surgir esses sujeitos como presenças reais. Troque-se o vôo da pomba pela história humana, a resistência do ar pela presença inexorável do outro e entenderemos a posição que queremos aqui sustentar: *não existe o sujeito individual*, ou, antes, que aquilo que aprendemos a tratar como indivíduo, o sujeito, não é menos nem mais que um “sonho” de individualidade nascido da experiência vivida de não estarmos sozinhos, de sermos sempre e imediatamente “o outro de cada um” (Ricoeur, 1991).

É a partir dessa resistência do outro fora de nós que nos identificamos. É a alteridade vivida que nos leva a atribuir a nós mesmos o predicado de indivíduo. *In-dividuu*, o que não se pode dividir, o que permanece coeso. Mas se é do outro que vem a resistência, se são sempre diferentes os predicados que, ao atribuirmos a terceiros, nos identificam, então essa permanência não pode ser “mesmidade” (o mesmo), mas “ipseidade” (pelo mesmo) (Ricoeur, 1991). Isto é, o que permanece no tempo não é sempre um e mesmo predicado que nos define como sujeitos, mas uma auto-diferenciação que se afirma a cada vez que reconheço um outro, o que leva Heidegger (1995) a distinguir a individualidade/eu da individualidade/si, guardando esta última o sentido forte de sujeito, de subjetividade.

Segundo Heidegger, o eu refere-se ao ôntico, ao ente, ao existenciário, o si refere-se ao ontológico, ao ser, ao existencial. Segundo esse filósofo, estaremos falando verdadeiramente de sujeito quando nos referirmos a essa identidade-si, ao Eu que é “a cada vez meu”.

O problema da identidade na construção das ações de saúde

Em anos recentes, pudemos observar no campo da saúde a emergência de uma série de categorias para o desenho de estudos e intervenções em saúde baseados em diferentes identidades subjetivas: mulheres, idosos, adolescentes, negros, índios, trabalhadores, gays, etc. De fato, essa tendência representa um saudável avanço em relação às propostas universalizadas e massificantes de um sanitarismo mais tradicional, baseado na verticalidade de categorias nosológicas – as epidemias e endemias. Apoiar as intervenções em identidades ligadas ao exercício/construção da subjetividade, ao invés de apoiá-las em doenças, representou um dos grandes avanços das práticas de saúde pública do final do século passado. Essa mudança significou também desenhar novas e mais ricas propostas de intervenção, em função das diversas ocasiões e cenários de encontro com os grupos beneficiários das ações. Mas, muito especialmente, significou aberturas, ainda que não voluntárias, à emergência de necessidades que dificilmente encontrariam canais de expressão nos ambientes médicos tradicionais.

O reconhecimento de outras identidades que não as de paciente, portador ou grupo de risco para alguma patologia, como o pertencimento a determinados grupos étnicos, culturais, comunitários, etc., abre possibilidades de se escapar à camisa de força que parte da classificação bipolar entre o normal e o patológico. No espaço das identidades socialmente construídas há melhores chances para que os juízos sobre o desejável ou indesejável para a saúde escapem desse modelo bipolar. Partir das questões sócio-identitárias pode levar à superação de critérios únicos para as escolhas normativas, tais como a funcionalidade orgânica ou a prevenção de riscos.

Trabalhar com uma cultura, seja uma identidade de orientação sexual, como ser gay, ou um recorte de gênero, como ser mulher, pode colaborar para retirar das tecnociências a prerrogativa exclusiva de enunciar o que é desejável para aquele grupo específico. As dimensões ética, política e, especialmente, estética ganham aqui, muitas vezes, um estatuto comparável, quando não superior, às positivities tecnocientíficas na escolha de direções e caminhos para o bem viver.

Ora, escapar a alternativas bipolares, construir critérios plurais, abertos e consensuais e enriquecer estética, ética e politicamente os juízos normativos é tudo que se pode desejar, quando se persegue um sentido mais democrático e criativo para nossas intervenções em saúde pública. Podemos assumir que esses são os valores mesmo que instruem o modo como percebemos que esse campo deva avançar. Contudo, é preciso que nos detenhamos com uma certa cautela diante desses avanços. Até onde nos estão levando? Em que medida os potenciais oferecidos pelas mudanças observadas podem efetivamente avançar nas direções acima apontadas?

O ponto que queremos sustentar aqui é que os interessantes potenciais acima apontados não se atualizarão se um desafio fundamental não for enfrentado: o exame crítico das próprias categorias sócio-identitárias construídas, a reflexão sobre até onde pode ser universalizada a condição da qual que se quer dar conta com a identidade trabalhada.

Algumas dessas categorias são demais universais e positivas, no modo em que foram construídas e, o que era voltado para o enriquecimento e pluralidade, acaba se tornando uma nova “camisa-de-força” das categorias sócio-sanitárias. É preciso reconhecer que categorias com pretensões de validade universais não são construídas ao acaso. Sua efetividade histórica está em relação direta com algum tipo de eficácia prática, que a tornou teoricamente tão prenha. Não é preciso negar esse fato, porém, para resistir à perpetuação acrítica de seus limites.

O que devemos nos perguntar, então, é até onde, e de que modo, nos interessa os conceitos com o grau de universalidade de que se os pretende dotar. Isto significa que toda e qualquer categoria identitária para a intervenção em saúde deve ser compreendida sob a ótica um “*textualismo forte*”, num sentido quase rortiano (Bernstein, 1991). Isto é, deve-se rever, a cada situação de investigação e in-

tervenção, o quanto, e de que modo, os critérios que estão na base da categoria em questão são ainda relevantes e apropriados para apreender e intervir sobre os processos particulares vividos, num dado momento, pelos sujeitos que se quer atingir.

Esse textualismo forte, se é o antídoto necessário para ações de saúde massificantes e tecnicistas, pode trazer, por sua vez, um outro problema potencial: o risco de um relativismo absoluto, em que padrões ético de determinados grupos, por exemplo, ficariam fora do alcance de qualquer proposta de transformação. É só no sentido de evitar a paralisia imposta por um relativismo dessa natureza que enxergamos a vantagem das pretensões de universalidade de certas categorias conceituais, pelas identidades que constroem entre indivíduos e contextos diversos, permitindo uma base comum de diálogo e de compartilhamento de experiências e valores.

Para nos colocarmos, então, a uma justa distância entre um universalismo essencialista e um contextualismo paralisante, é que julgamos importante distinguir, conforme sugerido por Ricoeur (1991), a *identidade-idem* da *identidade-ipse*, a primeira entendida como “mesmidade”, permanência imutável e invariante, e a segunda como identidade reflexiva e construída continuamente na relação com a alteridade.

Tratar de identidades como “ipseidades” significará, assim, explicitar clara e positivamente o horizonte normativo que nos orienta quando usamos essas categorias, através dos aspectos contextuais que chamamos à cena. Significará, ao mesmo tempo, lançar mão de elementos a partir dos quais os diversos sujeitos envolvidos – técnicos, cientistas e grupos populacionais – possam ter um solo comum onde os diversos sentidos normativos dos discursos sobre a saúde possam ser livre e amplamente apreendidos, discutidos e validados.

Certamente um tal giro na concepção de identidade implica em revisões não menores também no modo como compreendemos e estruturamos as intervenções em saúde pública. Implicará em rever os sentidos dos saberes científicos e da técnica no âmbito de nossas práticas. É o que tentaremos examinar a seguir.

O técnico e o não-técnico nas práticas de saúde

A alegoria kantiana, acima citada, talvez nos ajude a reconstruir nossa idéia de sujeito segundo a ipseidade pela qual queremos guiar nossas construções identitárias. Nela encontramos três elementos que nos guiam nessa direção: o aspecto relacional, o aspecto existencial e o aspecto pragmático.

O *aspecto relacional* encontra-se expresso na *indissociabilidade de ar e asa para a idéia de vácuo*. Nada aparentemente mais antagônico que vácuo e resistência, e no entanto é da experiência da segunda que se projeta a idéia da primeira. É dessa vivência substantivamente relacional – resistência é sempre de algo a algo, do ar à asa do pássaro, no

caso – que nasce o predicado “vazio”, que cria identidades simultaneamente para o ser voante, que é a pomba, e seu mundo de preenchimentos vividos e vácuos sonhados.

Esse aspecto relacional remete, por sua vez, ao segundo, o *aspecto existencial*. O caráter existencial da construção de identidades pode ser encontrado no fato de que a experiência da resistência só relaciona o “ser pomba” à sua condição voante e ao seu mundo de resistências e vazios porque, no dizer da alegoria, a pomba pode imaginar voar no vácuo. É porque ela é um ser, não um ente (Heidegger, 1995), que surge um sujeito e seu mundo. É porque projeta, porque deseja, e quando deseja, que o acontecer da resistência contra suas asas leva a pomba a conceber e construir pássaros, asas, vôos e espessuras no espaço.

Por fim, o *aspecto pragmático*. É que a possibilidade da pomba imaginar o vácuo tem uma origem muito bem definida na alegoria. É ela o *ato de voar*. De fato, não é senão no ato de voar que a pomba se põe a imaginar o vazio. Note-se que é a partir desse ato, no sentido “existenciário”, que se plasma o vôo como ato “existencial” (Idem), isto é, a pomba faz-se pomba, entende-se como pomba, no exato momento em que constrói uma idéia de sucesso para seu vôo, o qual se encontra mais além, na virtualidade de um espaço sem resistência. É tratando de vencer a resistência do ar que ela efetivamente voa, e permanece pomba na diversidade dos cenários que percorre voando. No sentido existenciário, o vácuo seria sua impossibilidade mesma de ser pássaro, de nada lhe serviria suas asas no vácuo, mas em sentido existencial é só enquanto mantém em ato a possibilidade de vencer a resistência do ar que a pomba segue voando, que segue sendo pássaro.

Note-se que o “sucesso” do vôo no vácuo designa uma idéia reguladora, um móvel moral, distinguindo-se nisso da idéia de êxito técnico, do alcance de fins determinados segundo certos meios pré-estabelecidos. Quando Kant se refere ao suposto sucesso de voar no vácuo, está apontando para um desfecho que transcende a pura “objetualidade”. Na verdade, o saber que se dirige ao êxito técnico constrói objetos, mas é o saber voltado ao sucesso existencial é o que constitui sujeitos (Gadamer, 1996). Esse aspecto é muito importante para a compreensão do giro filosófico aqui defendido. Subsumir a idéia de êxito técnico, ou de *produção* de artefatos, na de sucesso existencial é parte fundamental desse giro.

De nossa hermenêutica da alegoria do vôo da pomba podemos extrair, portanto, três conclusões básicas:

- 1) Subjetividade não é mesmidade, é ipseidade, é sempre relação, é inter-subjetividade.
- 2) O sentido existencial dessa relação é configurado como um encontro desejante com a circunstância – o ato de se colocar diante do Outro e projetar possibilidades para ambos e seu mundo compartilhado.
- 3) O que move o encontro desejante dos sujeitos e seu mundo não se traduz de modo restrito ao êxito técnico, mas refere-se a um sucesso, a uma situação que se traduz por felicidade, o que abarca também, e especialmente, dimensões éticas e estéticas.

De posse da arquitetônica conceitual acima, podemos agora nos aventurar a campos de práticas mais concretos onde nós, humanos, nos *reconhecemos* sujeitos. Mas socorramo-nos ainda um pouco mais da rica alegoria da pomba. Entre nós, humanos, qual é o correspondente do ar, de cuja resistência promana a experiência do si, do mundo e do projetar, na metáfora? Essa parece ser uma questão crucial, que nos poderá conduzir das alturas abstratas do vôo da pomba à iluminação de nossas práticas de saúde pública. Isto porque o ar é o elemento central da experiência que liga entre si o relacional, o existencial e o pragmático na alegoria da pomba. No caso de seres humanos, qual é a experiência que põe cada um em contacto com o outro, levando-o a reconhecer a si mesmo a cada vez e sempre?

É possível que haja muitas respostas para essa pergunta, mas não parece restar muita dúvida de que um dos mais poderosos meios desse mútuo engendramento de sujeitos e mundos é a *linguagem*. Na linguagem encontra-se a “resistência” fundamental que nos põe em presença do Outro. Heidegger (1995) já afirmara que a linguagem é a morada do ser. Gadamer (1996) completou: o ser que pode ser compreendido (leia-se compreender-se) é linguagem.

Ora, assim como o ar não ganha existência como mundo enquanto não é experimentado pela pomba como resistência ao vôo, também a linguagem só existe enquanto tal *em ato* (Habermas, 1988). E o que é esse ato, criador de sujeitos e seus mundos na e pela linguagem, que nos faz experimentar o que somos no encontro com o que não somos, senão *diálogo*? Podemos, então, afirmar que *sujeitos são diálogos*.

Esse modo de ver a questão nos leva a rever com profundo desconforto a atitude tão difundida entre nós, profissionais da saúde, de buscar *estabelecer* um diálogo com os indivíduos ou populações em favor dos quais queremos dispor nossos talentos e competências profissionais. Desconforto porque, se analisarmos com cuidado, vamos verificar que quando pensamos em “estabelecer” um diálogo ignoramos o diálogo no qual já estamos, imediatamente, imersos. Não se trata apenas de uma questão formal de linguagem, mas de uma experiência concreta que reiteramos com pouca densidade de crítica: o fato de que desconsideramos o universo de resistências que, ao mesmo tempo, nos opõe e aproxima desse outro a que chamamos, de modo tão revelador, de nossas populações-alvo. É como se houvesse entre sujeito-profissional de saúde e sujeito-população um vazio. É como se cada sujeito saísse, de repente, de seu nicho individual, de sua mesmidade, e fosse em alguma arena neutra, desde sempre existente, desde antes de nós, para se encontrar e buscar a saúde.

Assim, nossa limitada capacidade de alcançar o acalentado ideal de que as pessoas se tornem “sujeitos de sua própria saúde” é sempre interpretada pela pobre versão de um “fracasso”. Fracasso nosso em comunicar, ou das pessoas em compreender e aderir às nossas propostas. E a versão do fracasso nos mantém imobilizados, ou quase. Na melhor das hipóteses repetimos, com alguma cosmética remodeladora, as velhas estratégias “mobilizadoras”. Na pior delas simplesmente desistimos. O que deixamos

de fazer é lidar positivamente com a alteridade revelada no desencontro; deixamos de colocar em questão a razão pela qual o grande e imperceptível diálogo que já vínhamos mantendo torna tão inoperante esse pequeno diálogo particular que quisemos operar, a razão pela qual esse pequeno diálogo é tão “ineficaz”.

O que aconteceria se mudássemos de perspectiva? Assumamos que o que importa para nossas aspirações médico-sanitárias é a intersubjetividade com que experimentamos esse campo de práticas. Esse giro irá exigir de nós, sem dúvida, um esforço nada pequeno de reconstrução. A obra de Habermas, um dos mais importantes teóricos dessa constituição dialógica das subjetividades, poderá talvez nos socorrer nessa tarefa. Tome-se, por exemplo, os três planos fundamentais por meio dos quais, segundo este autor, realizam-se e validam-se os processos dialógicos em geral, quais sejam, o da correção normativa, o da verdade proposicional e o da autenticidade expressiva (Habermas, 1988).

Segundo Habermas, o sucesso de um discurso em realizar efetivo diálogo apóia-se em três níveis de validação intersubjetiva: a) na aceitação, por parte do interlocutor, de que o projeto de mundo e de vida que orienta esse discurso (ou o que temos chamamos de encontro desejante das circunstâncias) é correto desde um ponto de vista ético, moral, político; b) na proposição de enunciados aceitáveis intersubjetivamente como expressão da realidade, isto é, de que se trata de fatos que são tidos como verdadeiros por ambas as partes; e c) na sua capacidade de expressar autenticamente a perspectiva subjetiva daquele que profere o discurso. Não será difícil verificar as razões do problema a que nos referíamos acima. Basta começar pelo plano de validação normativa desses discursos.

O sentido de correção que norteia nossos discursos está fundamentalmente relacionado à utopia do conhecimento/controlado das doenças. Há que se perguntar: é possível imaginar compartilhamento entre nós, profissionais, e as populações-alvo quanto a esse horizonte normativo? Há, efetivamente, um horizonte normativo comum quando nos dirigimos às pessoas orientados por essa perspectiva de controle? Esse controle pode realmente mover esses sujeitos em seus “encontros desejantes” com o seu mundo?

Claro que não se deve diminuir em nada a importância do controle das doenças, seja de sintomas, da patogênese, da infecção ou de epidemias. Mas deve ser revista sua exclusividade como critério normativo de sucesso das práticas de saúde. Já foi dito aqui que a dimensão pragmática da constituição de (inter) subjetividades é caracterizada por fazer-se sempre acompanhar pelo móvel de um sucesso prático. Ora, se examinarmos com atenção o sucesso pelo qual nós, profissionais da saúde pública, independente do quanto o percebamos e o desejemos, temos orientado nossas práticas, veremos que ele se confunde flagrantemente com êxito técnico (Ayres, 1995). Mas êxito técnico e sucesso prático não são eventos intercambiáveis;

originam-se e destinam-se a esferas relativamente distintas da experiência, como já foi ressaltado. O êxito técnico refere-se, sem dúvida, a um sucesso, mas um sucesso em relação a um “como” fazer. Não faz parte de suas aptidões definir os “quê fazer” – e por isso é tão mais fácil definir o que é prevenir agravos do que o que seja promover saúde.

Nós, efetivamente, não temos nos perguntado, quando dialogamos sobre saúde, sobre o que sonham as pessoas (nós mesmos) para a vida, para o bem viver, para a saúde. Afinal, qual é o nosso sonhado “vácuo”, quando estamos lidando com cada um dos diferentes obstáculos que encontramos à nossa saúde? Sem nos dedicarmos consequentemente a esta reflexão, ficamos condenados à negatividade da doença para definir saúde, e ao conhecimento de suas regularidades para saber como controlá-las.

Examinemos, nesse sentido, o exemplo do conceito epidemiológico de risco. O conceito de risco emergiu desde meados do século como um dos mais influentes discursos nos diálogos contemporâneos da saúde (Ayres, 1997). Ele atingiu essa posição privilegiada em função do seu impressionante sucesso em três tarefas simultâneas. Em primeiro lugar ele permitiu estender a tradução da doença para além dos limites do corpo. Um fator ambiental qualquer, por sua associação probabilística com um certo agravo à saúde, já pode ser visto como um dano, mesmo antes disto se materializar no corpo. Mais que isso, e o que é fundamental, fez retornar ao plano da individualidade do corpo suas propostas de intervenção, pois é em relação a fenômenos aferíveis no indivíduo que o fator ambiental tem seu caráter de risco estabelecido. É sobre o balanço individual dessas associações que recairá predominantemente a gestão do risco.

Em segundo lugar, o conceito de risco foi capaz de realizar essa extensão ambiental do raciocínio patogênico através de um rigoroso manuseio de regularidades, trabalhando produtivamente com um tipo determinado e relevante de “saber como”: sempre que...então...; na proporção de x encontra-se y. Além desse tipo de inferência possibilitar um rigoroso controle científico, responde muito bem às necessidades de produção farta de tecnologias para a intervenção.

Por fim, a abordagem do risco retraduz continuamente a interpretação de seus limites como necessidade de um “saber como” ainda mais rigoroso, isto é, fazendo coincidir toda idéia de sucesso prático com uma infinita busca de controle técnico. Se o que se sabe sobre uma associação de risco é pouco, ou se o que se sabe não permite intervenções muito eficazes, parte-se para o controle, mais uma vez nomológico, da incerteza, ou para o controle técnico dos fatores que se associam regularmente ao mau resultado. Sempre a arguição sobre o *como* fazer, raramente sobre o *que* se está fazendo.

Mas de fora da epidemiologia surgem, periodicamente, questionamentos sobre o sentido de seus constructos. Limites decorrentes da sua restrição à dimensão técnica de sucesso prático foram recentemente experimentados, por exemplo, com a eclosão da epidemia de HIV/AIDS.

Por circunstâncias próprias à epidemia, tornou-se visível até onde iam os desejáveis êxitos técnicos das estratégias de conhecimento/intervenção apoiadas no conceito de risco e onde começavam exigências de sucesso que iam para além dos seus domínios. A AIDS flagrou na prática o fato de que o controle de uma epidemia constitui para os sujeitos afetados ou afetáveis por ela um horizonte normativo muito pouco claro perto do projeto de felicidade associado, por exemplo, a vivências da sexualidade.

É neste contexto que o conceito de vulnerabilidade, por exemplo, oriundo do campo dos Direitos Humanos, adentra o campo da saúde (Mann & Tarantola, 1996). Ele não é outra coisa que uma forma de ampliar os horizontes normativos desse campo para além da eficácia técnica. A idéia de sucesso prático que lhe instrui orienta-se para um nítido deslocamento de horizontes normativos, buscando a subsunção do ideal de controle da doença no de respeito a necessidades fundamentais do ser humano (Ayres et al., 1999; França Jr. Et al., 2.000).

Em outro texto, trabalhamos as características e potencialidades dessa proposição para o campo da saúde (Ayres & cols., 1999). No presente trabalho, não nos interessa examinar especificamente o conceito de vulnerabilidade, mas apontar que a perspectiva que sua discussão abriu na direção dos Direitos humanos pode vir a enriquecer a noção de sucesso prático no campo de saberes e práticas da saúde pública.

Pensamos ser evidente que a exploração das relações entre saúde pública e Direitos Humanos na pesquisa e intervenção com saúde de populações é uma tarefa fundamental, porquanto pode vir a ampliar os horizontes compreensivos de nossas teorias e de nossos modelos de intervenção. Para além de incorporar um conjunto de conhecimentos e práticas de caráter humanístico aos repertórios da saúde, os Direitos Humanos podem dar visibilidade à vulnerabilidade de certas populações a agravos à saúde e/ou violações de direitos, inapreensíveis por meio de instrumentos conceituais restritos à tradição médico-sanitária. Desnecessário dizer que essa proposta de deslocamento normativo ainda tem muito o que amadurecer para que sua validação intersubjetiva atinja uma dimensão tal que a torne uma referência positiva para o campo da saúde – como, de resto, também ocorre com as propostas mais ambiciosas de PSF, promoção da saúde, vigilância à saúde, etc. Tal processo de construção de validade também dependerá, por outro lado, de mudanças nas demais esferas de validação do discurso sanitário. A necessidade de nos limitarmos ao objeto do presente ensaio impede-nos de explorá-las mais amplamente aqui. Deixe-se apenas o registro de que tal mudança implica, necessariamente, rever também o cientificismo que domina seus regimes de validade proposicional.

Com efeito, se tratamos de subsumir o controle das doenças em concepções de sucesso que não se deixam traduzir por tarefas técnicas apenas, se a felicidade almejada por nossas intervenções em saúde se obriga nos dialogar

com interesses de natureza estética, emocional, moral, etc., então os constructos científicos não serão suficientes. Claro que não se trata de abolir a ciência do âmbito da validação das práticas médico-sanitárias, mas de resgatar a dignidade de outros tipos de sabedoria na construção das verdades úteis para a construção da saúde, desde os conhecimentos acadêmicos não-nomológicos, como a filosofia, o direito e demais ramos das ciências humanas, até as diversas sabedorias práticas transmitidas secularmente nas diversas tradições culturais.

Seguindo o mesmo raciocínio, não podemos imaginar que os códigos com os quais experimentamos e construímos intersubjetivamente nossas identidades possam permanecer fora de questão. Se queremos enriquecer o diálogo, é preciso cuidar que sua matéria prima acompanhe essa ambição, é preciso refletir sobre nossa linguagem. Nesse sentido, um dos maiores desafios que se nos é colocado como partícipes do diálogo sanitário, é superar as barreiras lingüísticas que o jargão técnico interpõe a uma autêntica interação entre profissionais e população. Boaventura Santos (1989) já nos chamava a atenção para a necessidade desse movimento de reconstrução das pontes lingüísticas entre o mundo da tecnociência e o senso comum.

No campo da saúde, especialmente, isso é urgente. Sem essas pontes lingüísticas não poderá haver compartilhamento de horizontes normativos entre os técnicos e o público. Esse desencontro é sempre fonte de restrições ao diálogo, em qualquer campo, mas em alguns esta restrição pode ser até mais tolerável. Diante de um aparelho de TV funcionando, para dar um exemplo caricato, é pequeno mesmo o interesse em fundir os horizontes normativos dos tecnocientistas da eletrônica e dos telespectadores. Quando, porém, se trata de prescrever comportamentos, formas de vida, intervenções sobre o corpo ou a mente das pessoas, certamente já não se poderá dizer o mesmo.

O cuidado e o compartilhamento de horizontes na construção da saúde

Para finalizar esta reflexão, caberá uma última palavra sobre o caráter da intervenção mesma em saúde. Na perspectiva de aberturas lingüísticas, pluralidade de saberes válidos e normatividades de natureza não tecnicista, fica evidente que é preciso enriquecer também a concepção de intervenção que estabelece e justifica os diálogos que travamos no campo da saúde. Curar, tratar, controlar tornam-se posturas limitadas. Todas estas práticas supõem, no fundo, uma relação estática, individualizada e individualizante, objetificadora, enfim, dos sujeitos-alvo de nossas intervenções. Quando esses dois sujeitos – o sujeito profissional(is) de saúde e o sujeito pessoa(s)-alvo das ações de saúde – se constituem um diante do outro, naturalmente que um processo de objetivação e “objetificação” está colocado. Há uma técnica que justifica e estabelece a presença de um diante do outro. Mas se tudo

o que dizíamos acima for verdadeiro, então essa presença, para que justifique mesmo a utilidade desta técnica particular, cobrará elementos que vão exigir dela muito mais que a produção e a manipulação de objetos (Schraiber, 1997; Ayres, 2000).

Por isso, *cuidar*, no sentido de um “*tratar que seja*”, isto é, uma interação que passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas, encarna mais ricamente que tratar, curar ou controlar aquilo que deve ser, por exceção, a vocação das práticas de saúde pública. Nesse sentido, a alegoria de Kant nos envia à de Heidegger. A leve pomba nos leva em suas asas à alegoria do Cuidado. É que Heidegger, no seu clássico “*Ser e Tempo*”, utiliza uma antiga alegoria de Higino sobre o cuidado como metáfora para a fundamentação de sua ontologia existencial. Essa alegoria também nos serve perfeitamente para elucidar o que queremos dizer quando distinguimos cuidar de tratar, curar ou controlar. Vejamos o que diz a alegoria:

“Certa vez, atravessando um rio, cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criaria, interveio Júpiter. Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: ‘Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como, porém, foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver’” (Heidegger, 1995: 263-4).

Note-se que a vontade de sucesso revela-se na alegoria de Higino como a substância mesma das identidades. Cuidar é querer, é fazer projetos, é moldar a argila. *Querer é o atributo e o ato do ser*. Cuidar é sustentar no tempo, contra e a partir da resistência da matéria, a forma humana de ser. Mas é igualmente soprar o espírito, isto é, ver que essa forma não seja pura matéria suspensa no tempo (mesmidade), mas um ser que permanentemente trata de ser, um ente “que se quer” (ipseidade).

Se transpusermos a mesma idéia de cuidado para o plano mais concreto das práticas de saúde, vemos permanecer intacto o seu conteúdo fundamental, o seu significado mais relevante. Cuidar da saúde de alguém, ou de alguns, é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas a aplicação de tecnologias, por mais rigoroso que seja seu embasamento científico.

No Lalande (1993), tecnologia é o termo que, por metonímia, vem frequentemente substituir o termo técnica, o qual designa o “conjunto dos procedimentos bem definidos e transmissíveis, destinados a produzir certos resultados considerados úteis. São tradições que se legam de geração em geração, pelo ensino individual, pela aprendizagem, pela transmissão oral dos segredos de ofício e de processos” (Lalande, 1993: 1109). Há mais dois sentidos para técnica em Lalande, ambos apoiados nesse núcleo significativo básico, de um conjunto de procedimentos universais, com vistas a finalidades específicas, transmitidas por meio de aprendizado.

Ora, a idéia de “procedimentos bem definidos” e “destinados a produzir certos resultados” já implica um certo “fechamento” de meios e fins, contrário à idéia de expansão normativa e dialógica dos sentidos das práticas de saúde. Seria possível preservar o sentido forte de diálogo quando se fala do uso de “procedimentos bem definidos” visando “certos resultados”? Certamente que não. Tais procedimentos consistem num saber fazer, que trata cada caso particular como expressão circunstanciada de determinadas relações meio-fins, universalmente estabelecidas e transmitidas. Inspirados na análise crítica de Gadamer (1996) sobre a “objetificação” do fato humano pela tecnociência, tendemos a achar que aqui se trata de uma questão bastante próxima. A intersubjetividade viva do momento assistencial pode permitir escapar a uma objetivação “dessubjetivadora” na medida exata em que ali se efetive uma troca, um espaço relacional, que *extrapole o tecnológico*, que se realize através dele, mas não se subordina a ele.

Estabelece-se a partir e em torno dos universais que a tecnologia carrega uma possibilidade de diálogo, mas é essa dimensão dialógica mesma que lhe cobra os limites. A co-presença “carnal” de um assistente e de um assistido põe inexoravelmente em cena um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência, como também se diferencia do livre exercício de subjetividade criadora de um produtor de artefatos. Não é da *theoría* nem da *póiesis* que se trata, portanto, mas da *práxis*, ou atividade prática.

É desse outro tipo de saber que se trata quando percebemos a possibilidade de efetivo diálogo, de plena presença do outro no ato assistencial. Trata-se da *phrónesis*, ou sabedoria prática, que não cria objetos, mas *realiza sujeitos diante dos objetos criados no e para seu mundo*.

Formulado nos moldes de uma sabedoria prática, o resgate do potencial re-subjetivador do ato assistencial traduz-se justamente como uma “des-mitificação” da autorregulação tecnológica. Assume-se que saúde não é só objeto mas, na condição mesma de objeto, *um modo de “ser-no-mundo”*. Enquanto tal, utilizar ou não certas tecnologias, desenvolver ou não novas tecnologias, passa a ser entendido como uma decisão entre outras, que não gera procedimentos sistemáticos e transmissíveis necessariamente, mas é, ainda assim, e por isso, exercício fundamental de autonomia humana. Não cria universais, porque só cabe no momento mesmo da decisão a ser tomada, esgotando aí seu sentido.

Re-valorizar a dignidade dessa sabedoria prática é o “que fazer” implicado nessa transição do tratar ao cuidar.

Difícil, porém, a tarefa, porque temos “atrofiado” o exercício dessa sabedoria, presos a um racionalismo estritamente instrumental. Difícil, ainda, porque é freqüente interpretarmos o reconhecimento e a valorização pública do exercício da *phrónesis* como obscurantismo, reação conservadora ao desenvolvimento tecnológico ou até como pura nostalgia humanista. Mas é fundamentalmente nessa perspectiva que entendemos o lugar privilegiado do cuidado nas práticas de saúde: atitude e espaço de re-construção de intersubjetividades, de exercício aberto de construção compartilhada de projetos para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela. Mais que uma ação teleológica, uma equação meio-fins, o significado e finalidades da intervenção passam a se apoiar não tanto no estado de saúde visado de antemão, nem somente nas formas como se busca alcançá-lo, mas sim na experiência que une o conteúdo da primeira ao movimento da segunda. O cuidado é essa atividade realizadora na qual caminho e chegada se engendram mutuamente. Abrir espaço para a reflexão e a negociação sobre meios e fins da assistência à saúde sem determinar de modo universal e *a priori* onde e como chegar com a assistência: eis um norte político e uma tarefa prática dos mais difíceis, porém dos mais relevantes quando se tem a emancipação humana como horizonte ético.

A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. Como aparece ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade, de sucesso prático, de quem quer ser cuidado? Que papel temos desempenhado nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade que estamos ajudando a conceber?

São diversos, interligados e complexos os giros apontados aqui: de sujeito para intersubjetividades; de mesmidade para ipseidade, de controle técnico para sucesso prático; de tratar para cuidar. A grande tarefa, uma vez compartilhada a necessidade desses giros, é saber como fazê-los no nosso cotidiano. Pode parecer demasiado ambiciosa a tarefa, excessivamente trabalhosa e ampla. É verdade. Mas, quanto a isso, há ainda um elemento na alegoria da pomba que não parece nem um pouco negligenciável. Trata-se de um aspecto mais estético que lógico. É a liberdade de voar. É o “livre vôo da leve pomba” que nos encanta e envolve, pela maravilhosa sensação que nos transmite ao espírito de potência na fragilidade, de amplidão de horizontes e de busca de sonhos. Deixemo-nos inspirar por essa imagem e busquemos nossos projetos de felicidade.

Referências bibliográficas

- AYRES, J.R.C.M. 1995. **Epidemiologia e emancipação**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco.
- AYRES, J.R.C.M. 1997. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. São Paulo: Hucitec.

- AYRES, J.R.C.M. 2000. *Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática?* **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. 6(1):117-20.
- AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JÚNIOR., I.; CALAZANS, GJ; SALETTI FILHO, H.C. 1999. *Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS*. in: Barbosa, R. M.; Parker, R. G. **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; São Paulo: Editora 34, p. 49-72.
- BERNSTEIN, R.J. 1991. *¿Cuál es la diferencia que marca una diferencia?* In: Bernstein, R.J. **Perfiles filosóficos – ensayos a la manera pragmática**. México, D.F.: Siglo Veintiuno, p. 72-110.
- FRANÇA JÚNIOR, I; AYRES, JRCM; CALAZANS, GJ 2000. *Saúde Coletiva: um diálogo possível e necessário*. **Salvador, Anais**. VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (mimeo).
- GADAMER, H-G. 1996. **Verdad y método: fundamentos de una hermenéutica filosófica**. Salamanca: Sígueme.
- HABERMAS, J. 1988. **Teoría de la acción comunicativa**. I/II. Madrid: Taurus.
- HABERMAS, J. 1990. **Pensamento pós-metafísico: estudos filosóficos**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- HEIDEGGER, M. 1995. **Ser e tempo**. I. Petrópolis: Vozes.
- LALANDE, A. (Ed.) 1993. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**. São Paulo: Martins Fontes.
- MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M. (Eds.). 1996. **AIDS in the world II**. New York: Oxford University Press.
- RICOEUR, P. 1991. **O si mesmo como um outro**. Campinas: Papirus.
- RORTY, R. 1994. **Contingência, ironia e solidariedade**. Lisboa: Presença.
- SANTOS, B.S. 1989. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal.
- SCHRAIBER, L.B. 1997. *No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina*. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 1(1):123-40.
- STEIN, E. 1976. **Melancolia: ensaios sobre a finitude do pensamento ocidental**. Porto Alegre: Movimento.

Sem Mágicas Soluções: A Prevenção ao HIV e à AIDS como um Processo de “Emancipação Psicossocial”

Vera Paiva¹

Pensando nos últimos anos de esforços no campo da prevenção de novas infecções pelo HIV e da organização do cuidado dos portadores, este texto quer discutir a necessidade de politizar os espaços psico-educativos e propor a noção de “emancipação psicossocial” como uma das referências para aprofundar a operacionalização da noção de vulnerabilidade. Trata-se de uma reflexão a partir de nossa experiência de pesquisa no Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS/USP, do resultado dos projetos em colaboração com programas de AIDS e profissionais de saúde ou ainda com ativistas atuando tanto na prevenção quanto na assistência em São Paulo.

Este artigo quer também contribuir para uma reflexão crítica sobre o programa brasileiro de DST/AIDS, quanto ao celebrado “modelo brasileiro”, que foi seguindo caminhos construídos por lideranças marcadas pela história brasileira de resistência democrática, por profissionais de saúde e ativistas que compartilhavam as mesmas referências em defesa dos direitos humanos, da saúde pública gratuita e universal, e do compromisso com a emancipação e a construção da cidadania. Nem sempre conseguimos operacionalizar em todos os níveis e radicalmente estas referências, ou entender exatamente *como* avançamos (ou não) sem perdê-las de vista. De qualquer maneira, essa opção, traduzida nas iniciativas não-governamentais e programas governamentais, sempre colocou o desafio de articular prevenção do HIV entre os grupos mais vulneráveis e a assistência aos portadores, assim como a proteção de seus direitos. Mais do que de intervenções espetaculares e definitivas com que sonhávamos nas urgências da primeira década, as ações de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e do adoecimento, dependeram de um longo processo de aprendizado individual e coletivo de como lidar com as dificuldades materiais, sócio-culturais, políticas e subjetivas que se atualizam cotidiana e dinamicamente.

Aprendemos que conseguir consistência e perseverança na direção de dois indicadores clássicos de sucesso - a prática consistente do sexo seguro e a adesão à medicação ou aos serviços de saúde - na maioria das vezes implica num desafio permanente, dia após dia, de situação em situação. Tanto do ponto de vista dos indivíduos como dos serviços que buscam apoiá-los. Trata-se de um processo que tem sido menos “glamuroso” e é mais lento do que gostaríamos ou precisaríamos, embora tenha dependido de

momentos especiais. É resultado, por exemplo, de uma campanha de mídia bem desenvolvida ou da tensão e do brilho na aliança dinâmica entre profissionais de saúde, programas e ONG, que se movimenta entre a cooperação e cooptação, o embate e o apoio mútuo, com momentos de grande visibilidade nas ações políticas de uma parte ou em conjunto, fundamentais para garantir acesso sustentado a bons serviços, garantir respeito a direitos e à ética e, ao mesmo tempo, alimentar a constituição de sujeitos e identidades cidadãs. Nos espaços psico-educativos, o processo tem se beneficiado da lenta aprendizagem e do impacto num grupo ou comunidade das iniciativas de “oficinas de sexo seguro” ou, mais recentemente, da organização de sessões interativas dos “grupos de adesão à medicação” em serviços de referência para portadores e em organizações não governamentais. Estes espaços menores e de aprendizagem conjunta provocam os *insights* que facilitam a adesão de cada paciente à medicação ou à camisinha, e ao mesmo tempo ajudam profissionais a reconhecer os fatos psicossociais que facilitam ou dificultam a prevenção.

O que reconhecemos como a face bem sucedida nos últimos anos de respostas à expansão do HIV/AIDS dependeu de tudo isso ao mesmo tempo, tornando a reflexão pausada sobre esse processo uma tarefa árdua, já que não há nenhum instrumento seguro que consiga dar conta de tão complexa sinergia em movimento. Sem abrir mão dos sucessos, a crítica deve se aprofundar para enfrenarmos tanto os novos desafios como os velhos dilemas que permanecem à sombra do que no momento parece bem sucedido.

O continuum entre prevenção e assistência aprofunda a operacionalização da noção de vulnerabilidade

O fato de que prevenir e assistir são duas faces de um mesmo desafio estava no horizonte das primeiras respostas organizadas ainda na primeira década da epidemia no Brasil. Observando a partir do plano mais estrutural e programático, as iniciativas que têm beneficiado os que têm AIDS com acesso ao tratamento de qualidade sempre tiveram um impacto definitivo na prevenção de futuras infecções. Por exemplo, só quando se reconheceu publicamente que as pessoas que adoeceram de AIDS não deveriam perder seus direitos como cidadãos, quando se escutou os ativistas organizados se

¹ Psicóloga, doutora em psicologia social, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

recusando à “morte civil” (Daniel & Parker, 1991), organizou-se seu acolhimento nos serviços de saúde ao mesmo tempo em que a prevenção do HIV passou a ser entendida como direito de todo brasileiro, estendida a todo cidadão. Observando a partir do plano individual e subjetivo, assim se construiu um sentido positivo de se fazer o teste anti-HIV, porque se teria acesso ao tratamento e à vida com qualidade. Se olharmos o plano da ação política, a partir da iniciativa dos ativistas que reivindicaram o acesso ao tratamento, fortaleceu-se a decisão dos profissionais responsáveis pelas políticas públicas de saúde pela distribuição universal do AZT com recursos do orçamento nacional. Portadores e grupos mais vulneráveis foram estimulados a sair do isolamento e a buscar serviços de AIDS, organizaram-se os centros de testagem anônima, o acolhimento e o aconselhamento no sistema de saúde. Além de beneficiar os diretamente atingidos, afinou-se a vigilância epidemiológica, fortaleceu-se a rede laboratorial e de distribuição de medicamentos para, em seguida, criar o desafio de sustentar em longo prazo essa política, que às agências internacionais parecia um sonho, impossível. A ousadia de não recuar diante das pressões no processo para o acordo com o Banco Mundial, que só permitia uso de seu empréstimo para as ações educativas – já que, como país de “terceiro mundo”, caberia-nos apenas centrar esforços na prevenção de novas infecções – desaguou no comprometimento do orçamento nacional, na produção de genéricos e na ação política internacional, governamental e não-governamental, que tem confrontado laboratórios e leis de patentes.

Neste caminho, foi um avanço a legitimidade crescente da noção de vulnerabilidade (individual e coletiva) como alternativa às noções de “grupo de risco” e de “práticas de risco” (ver Ayres et al, 1999 e Paiva, 2000). O esforço para sustentar a política de acesso universal à medicação anti-HIV, permitiu em seguida que acumulássemos mais evidências sobre os contextos psicossociais (ao mesmo tempo sócio-culturais e subjetivos, individuais e coletivos) que aumentam ou diminuem a vulnerabilidade das pessoas ao HIV e ao adoecimento. Queremos sugerir para o debate que a adoção desta perspectiva deve ser radicalizada e a reflexão sobre a sua operacionalização nas ações de assistência e prevenção aprofundada. Usando como exemplo a prevenção da transmissão sexual do HIV e a atenção à saúde sexual e reprodutiva dos portadores, discutiremos algumas das noções que têm informado a prevenção primária e secundária que merecem ser problematizadas à luz deste “caminho brasileiro” e de suas referências.

a) A prevenção segue pensada para cidadãos “HIV negativos”.

Programas governamentais e não-governamentais têm se dedicado corretamente a promover políticas não discriminatórias, defendendo os direitos dos portadores, ampliando a consciência de que a AIDS atinge igualmente a todos. A sexualidade a ser abordada é a de “todos”, como se “todos” fôssemos iguados pelas mesmas práticas, sem considerar que práticas sexuais sem seus sentidos parti-

culares em cada cena sexual, em cada contexto sócio – cultural, não existem (ver Paiva, 1999). A consequência simplificadora desta concepção é o fato de que programas e pesquisas, intervenções na mídia ou em pequenos grupos face a face, traduzem sempre seu público alvo como o cidadão “soro-negativo”, sinônimo de “todos”, que deve se proteger de alguém potencialmente “soro-positivo”. Discutem-se os obstáculos que impedem o “negativo” de aceitar ou considerar que outras/outros possam ser “HIV positivos”. Mas as dificuldades do portador fazer o teste ou reconstruir-se para uma nova vida, protegendo os outros ou a si mesmo de re-infecção nunca são discutidas abertamente, como se pertencessem a uma outra nação. Os direitos reprodutivos dos portadores permanecem marcados pelo silêncio ou restritos às controvérsias de corretores e não têm sido debatidos mais sistematicamente nos programas de AIDS, ratificando a sua morte civil.

Na literatura disponível, os poucos estudos encontrados sobre a sexualidade das pessoas vivendo com HIV confirmam que os determinantes sócio-culturais da sexualidade e vida reprodutiva, inclusive do sexo não-protégido, são os mesmos entre os portadores e não-portadores (Schiltz & Sandforth, 2000). No debate sobre a dinâmica da transmissão sexual do HIV permanece com vida longa a descrição de condutas sexuais ainda acusadas de “promíscuas”, ou sob suspeita, numa visão mais conservadora, e a vida afetivo-sexual dos portadores segue desconsiderada ou reprimida (punida?) quando a pessoa chega um serviço de saúde ao se descobrir portador. Nos centros de referência, encontramos profissionais que espelham valores e significados para o sexo e para a AIDS em que foram socializados, em geral conservadores, estigmatizadores daqueles com opções diferentes da sua. Encontra também profissionais que se identificam com valores mais abertos à diversidade, mas que muitas vezes tratam a conduta sexual como irresponsavelmente culpada porque “não usou a camisinha”, como se fazer sexo seguro dependesse sempre da vontade e da razão informada, acusando os que não absorvem adequadamente (“desconsideram”) os guias para a proteção do sexo.

O aconselhamento pós-teste, obrigatório, é um dos poucos momentos em que se discute a sexualidade dos portadores, mas o acesso ao aconselhamento não tem crescido (ver Paiva et al, 2001). O foco deste aconselhamento tem sido falar da necessidade de usar o preservativo, no máximo “demonstrar” como se usa essa “receita de comportamento”, sem considerar outras dimensões da sexualidade do portador ou sequer pensar sobre suas intenções reprodutivas. Problemas conhecidos dos que trabalham com a prevenção permanecem: numa sociedade que não estimula a comunicação franca sobre as consequências do sexo, embora seja “sexo-estimulante” a qualquer hora do dia através dos meios de comunicação, como ajudar as pessoas a comunicar a seus parceiros sua situação de portadores (Paiva, 2000)? Como incluir na motivação para o uso do preservativo a necessidade de se proteger (e ao parceiro) da re-infecção?

Como lidar com os efeitos psicológicos negativos do diagnóstico na vida sexual, como a depressão e o isolamento freqüentes? Como lidar com o medo da violência conseqüente ao estigma que ainda marca a vida dos portadores, mesmo estigma com que os “negativos” não querem se identificar e psicodinamicamente acaba por dissolver a consciência da sua provável vulnerabilidade?

Se tomarmos como exemplo os estudos sobre a sexualidade de pessoas vivendo com HIV apresentados na XIII Conferência Internacional de AIDS na África do Sul (2000), encontramos investigações realizadas em vários contextos psicossociais: homens norte americanos, trabalhadores imigrantes na Ásia, jovens vivendo com HIV, mulheres em clínicas de pré-natal na África, trabalhadoras do sexo, lésbicas na Califórnia, e usuários de drogas no Rio de Janeiro e em Sacramento. Como a sexualidade é uma dimensão da vida que sabemos ser profundamente determinada pelo contexto sócio-cultural em que acontece, é importante perceber o que as vivências dos portadores e comunidades mais vulneráveis têm em comum e ao mesmo tempo o que é específico de cada grupo, indivíduo ou de seu momento na vida. A diversidade é um problema para quem pretende generalização das sugestões programáticas para qualquer contexto.

Seria inovador abandonar a tentação de encontrar uma tecnologia universal, “a mais eficaz”, para algo que reconhecemos depender de cada contexto social e intersubjetivo. Apesar disto, temos ainda centrado as ações de prevenção ou aconselhamento sem compartilhar com os pacientes ou educandos o que sabemos sobre os vários contextos sócio-culturais, sem valorizar a diversidade. A informação de que precisamos adaptar os guias para o sexo mais seguro à vida de “todos” nós, na verdade deveria significar adaptar à vida de “cada um”, e nem sempre é compartilhada como informação relevante para que as pessoas se previnam ou se cuidem. Tem sido difícil, portanto, abandonar a referência centrada nas “práticas de risco, comportamentos de risco”, nas “falhas” prováveis, pré-definidas, na adesão. No máximo fazemos “materiais diferentes” que fazem o *marketing* da mesma idéia (Use camisinha! Previna-se!) mais adaptado ao gosto e linguagem do “público alvo em questão” (mulheres ou homens, “heteros” ou “homos”, jovens, trabalhadores do sexo, etc.). Os “positivos” seguem presença quase inexistente como “alvo” desta produção.

No Brasil, estudos realizados entre mulheres portadoras (ver Tunala et al, 2000; Magalhães, 1998 e ECI, 2001) confirmaram que o portador passa por um *processo de adaptação* ao diagnóstico, de várias fases e diversas maneiras de lidar com a vida e com sexualidade, que vão variando no tempo. Uma adaptação semelhante ao que se descreve na literatura sobre o processo de assumir para si e para o mundo o desejo homoerótico (ver Rotheram-Borus & Miller, 1998). Muitas portadoras, depois do resultado do teste, abrem mão de sua vida sexual, às vezes definitivamente, com medo de infectar ou então serem abandonadas por futuros parceiros, com dificuldades de se comunicar sobre sexo e sobre o diagnóstico, como se descreveu em outros países (Schiltz & San-

dforth, 2000). A maneira de lidar com a sexualidade dependerá da qualidade do apoio que os portadores recebem nesse processo, e o momento do diagnóstico é crucial. Independente da primeira reação, a maioria das portadoras, principalmente as mais jovens, mantém ou retoma a vida afetiva e sexual, assim como suas intenções de maternidade (ou paternidade), esta a dimensão que encontra mais obstáculos para ser acolhida. Como em todas as comunidades e grupos afetados pela AIDS, mesmo nas mais carentes e vulneráveis, a adesão e o sexo mais seguro tem sido possível e acontece também entre as portadoras. No caso do preservativo, as portadoras usam-no consistentemente numa proporção três vezes maior que entre as mulheres brasileiras em geral (confira Ministério da Saúde & CEBRAP, 2000), mas um terço das mulheres portadoras que são ativas sexualmente seguem sem usar preservativo (ECI, 2001). Os programas podem, portanto, fazer diferença, mesmo quando não transformam radicalmente as condições materiais, estruturais ou as mentalidades que aumentam a vulnerabilidade ao HIV e ao adoecimento das mulheres brasileiras.

Neste momento da história da resposta em busca do controle do HIV/AIDS, uma das questões novas que podem nos ajudar a inspirar a renovação das práticas e a sensibilizar programas e profissionais para uma *nação de cidadãos* positivos e negativos, aprofundando o continuum entre prevenção e assistência, é entender melhor o impacto dos sucessos da terapia anti-retroviral nas mudanças da vida, também amorosa e sexual, dos portadores e também como os vários grupos e pessoas pensam a prevenção.

b) Gêneros, no plural

Tanto nas experiências mais interessantes de prevenção, como nos centros especializados em atendimento aos portadores do HIV, raramente se tem incorporado a compreensão que já acumulamos sobre os *fatos sócio-culturais* que ampliam a vulnerabilidade ao HIV e ao adoecimento. Os serviços continuam basicamente organizados para dar conta dos *fatos biomédicos* e da educação centrada nas vias de transmissão e na promoção dos instrumentos de proteção (preservativos, abstinência, seringas descartáveis, etc), ou no controle clínico da infecção e da adesão.

A dimensão das relações de gênero e do respeito à diversidade nas várias opções sexuais tem sido incorporada em muitas ações de prevenção, mas *gênero* ainda segue sendo pensado no singular, no feminino, como sinônimo de opressão feminina, não se aprofunda nas ações de prevenção o lidar com o impacto das relações de gênero no aumento da vulnerabilidade dos homens. Ao mesmo tempo, as necessidades das mulheres portadoras diante de sua responsabilidade maior pela família e filhos não têm sido efetivamente consideradas na organização do seu cuidado, seu acesso ao atendimento ginecológico é muito menor do que deveria, pais e mães não têm lugar para deixar os filhos enquanto são atendidos, etc (ECI, 2001). Onde se discute os fatos da transmissão materno-infantil, a possibilidade de reprodução assistida com os casais (homens e mulheres portadoras), ou direitos reprodutivos do homem e da mulher portadora do HIV, ou os desafios da conjugalidade homoerótica?

No caso da prevenção do HIV, foi no trabalho com jovens que essa dimensão de dois gêneros foi incorporada na história da epidemia. O fato recente das crianças portadoras amadurecerem como jovens sexuados talvez ilumine esse buraco negro na ponta do cuidado ao portador. O silêncio ou a ambigüidade diante da sexualidade do portador, em especial sobre as intenções reprodutivas das pessoas vivendo com o HIV, somado ao pouco conhecimento sobre os métodos de contracepção mais apropriados ou sobre direitos reprodutivos a que estas têm tido acesso, tem sido descrito nos estudos feitos no Brasil como um dos mais difíceis obstáculos a superar (Ventura-Filipe et al, 1999; Paiva et al, 1998; Santos et al, 1998 e ECI, 2001).

Teremos que, criativamente, continuar buscando a “des-naturalização” das “bíblicas” definições sobre os gêneros, que mantém os programas de infecções sexualmente transmissíveis desarticulados dos programas de saúde da mulher, os homens desassistidos para lidar com seus dilemas reprodutivos (quase invisíveis nos programas de saúde da mulher), e programas de saúde que raramente permitem às “esposas e mães” serem incentivadas a fazer o teste anti-HIV nos serviços de ginecologia e pré-natal (um espaço de “todos”, onde não se pode pensar em HIV), e os portadores sem espaço para pensar na suas intenções reprodutivas (um espaço que não é de “todos”, do “todo” das pessoas vivendo com AIDS, mas tem focalizado a sua “parte portadora”).

Tais temas emergem sempre como uma das demandas mais importantes nos grupos de apoio para mulheres portadoras, que se somam às dificuldades de sobreviver com falta de dinheiro, emprego e sofrendo discriminação (Tunala et al, 2000 e Tunala, 1999).

c) Do consumidor ao sujeito-cidadão

Os fatos conhecidos sobre o impacto da estrutura sócio-econômica e da exclusão, da pobreza e da raça, que afeta indivíduos imersos numa sociedade desigual como a nossa, seguem ausentes do conjunto de conhecimentos valorizados nos treinamentos de profissionais, nas informações priorizadas como centrais nos programas de prevenção e aconselhamento. Estes fatos são menos considerados na análise de como estão organizados esses serviços de atenção aos portadores do que poderiam, deixando de iluminar o caminho para possíveis inovações.

Sabemos que consensos sobre como medicar os pacientes, rapidamente passados numa atitude “receitadora”, que modelos prontos de como se comportar, ou o marketing de preservativos pagos com dinheiro público (e não pela indústria que lucra com eles) não tem sido suficiente para produzir as mudanças que ainda precisamos (ver Teixeira et al, 2000). Para superar a visão de clientes consumidores de serviços e produtos (medicação ou preservativos) e incorporar a visão de sujeitos da adesão (ao preservativo ou à medicação) precisamos entender que o consumidor é apenas uma das faces do cidadão.

A história das respostas que temos dado à epidemia e das idéias em disputa na era da globalização nos mantém ambíguos sobre como definir o indivíduo participante das

ações de prevenção e cuidado. Indivíduo aqui definido simplesmente como “a pessoa humana considerada quanto às suas características particulares, físicas ou psíquicas” (ver Ferreira, 1999). Embora se fale muitas vezes em promover “sujeitos e cidadania”, atua-se como se o cidadão fosse sinônimo do consumidor.

O **indivíduo pensado como consumidor** é sujeito do direito de escolher e consumir o que existe formatado em outro lugar por algum produtor. Produtor de idéias e valores disseminados pela mídia, por instituições religiosas, educacionais, por serviços de saúde. Consumidor de serviços e produtos. Um indivíduo que tem direitos de consumidor e quer virar sujeito do consumo passa a ser objeto de uma “educação bancária” (ver Freire, 1989), onde um conjunto de informações definidas como relevantes pelo educador (produtor) são “depositadas” naquele que deve consumi-la. Ou é um cliente de oficinas e grupos de apoio organizados para “modelar” novos comportamentos e rever práticas definidas a priori como pouco saudáveis. O consumidor deve aprender a usar adequadamente os produtos (preservativos, scripts de sexo seguro, medicação) e conseguir realizar os comportamentos que devem ser treinados. O pressuposto, mesmo que inconsciente, é de que o produtor sabe o que é mais adequado e aceitável para “todos”, e age com a pressa e boa intenção de quem não quer correr o risco (público) de que o consumidor não realize o que se espera dele. E escolhe o meio (que funciona como “mídia”, “estratégia de marketing”) que trata de vender essa idéia, produto ou comportamento.

Consumidor é o paciente objeto da manipulação clínica que pretende olhar o portador apenas como portador, ou seja, vai tratá-lo pela parte, numa organização do atendimento que abre espaço apenas para entregar ou avaliar o efeito da receita do remédio para tratar da infecção, garantindo que “todos” entendam as *tomadas*, como nos manuais de uso dos demais produtos distribuídos no mercado. É um indivíduo portador de alguma deficiência – falha imunológica, de informação, de habilidades - que deve ser tratada, suprida, treinada.

Quantas vezes temos chamado as ações de prevenção primária e secundária que iniciamos de “intervenção”? O dicionário *Aurélio* a define como “ato de intervir, meter-se de permeio, vir ou colocar-se entre, ingerir-se, interpor sua autoridade” (ver Ferreira, 1999).

Quem não pode ou não consegue ter acesso ao consumo dos produtos, não consegue ter acesso aos serviços, não consegue realizar as propostas, ou não quer consumi-las fica fora, não participa da interação, do debate, não tem acesso ao aconselhamento, à oficina. Ou se sente fatalisticamente impedido, na maioria das vezes culpado. Nesta perspectiva, *desigualdade vira exclusão, naturalizada*, e os defensores radicais desta concepção de indivíduo naturalizam e essencializam a exclusão: “sempre existiram e existirão excluídos”.

Quem trabalha com uma outra idéia de indivíduo, o sujeito - cidadão, encara a sua proposta como ponto inicial para uma vívida interação e não um produto acabado. Uma proposta a ser negociada, adaptada, comunicada e não

imposta ou ordenada. Espera-se que o indivíduo-cidadão se relacione, seguindo um movimento de desconstrução e reconstrução, de apropriação coletiva e individual de propostas. Propostas de governos, líderes comunitários, acadêmicos, mídia, provedores de serviços, propostas de prevenção. Se sente “no direito de ter direitos e de criar direitos”, com diz José Ricardo Ayres². O indivíduo - cidadão compartilha direitos e responsabilidades como alguém que se pensa como parte de um contexto maior, sobre o qual exerce influência, se colocando como *agente e sujeito* de suas ações. É estimulado a progredir, melhorar sua qualidade de vida, ao mesmo tempo em que se pensa como parte de uma comunidade mais ampla (nação brasileira, grupos de afetados pela AIDS, pobres, negros, os de mesma opção sexual). Nesta perspectiva, lida-se com a *desigualdade sempre pensando em ampliar os beneficiários, em como incluir*. A desigualdade não é natural, é socialmente construída e pode ser desconstruída e superada, coletivamente.

Podemos, certamente, pensar em superar o impacto da desigualdade e da exclusão enraizadas numa idéia de indivíduo ou noutra. O formato das ações, as maneiras como nos relacionamos com as pessoas e situações de interação serão radicalmente diferentes nas ações nos níveis mais estruturais ou programáticos, nos espaços face a face que querem apoiar os indivíduos em suas escolhas da vida cotidiana.

Do ponto de vista do indivíduo-consumidor, os direitos de trabalhadores, de homens ou mulheres, direitos sociais e econômicos, de fé ou culturais, caem num buraco negro da conquista individual, de *empoderamento sobre o outro*, empoderamento pensado como compensação “hidráulica”, da auto-estima percebida como resultado da vontade individual, vontade que permanece inconsciente da dependência do contexto coletivo (Use camisinha! Tome a medicação corretamente! Acredite que vai conseguir! Seja eficaz! Aumente a sua auto-estima!). Desejos são transformados em objetivos de consumo ou direitos do consumidor que reclama sobre o engodo da mercadoria, mas não pode se propor a inventar “o inédito viável”, como diria Paulo Freire (Freire, 1989). Para os pobres e excluídos sobra o *best attainable care* (a saúde “possível” para pobres), restam os direitos à saúde e educação com a qualidade “possível”. Sobra a prevenção porque proibem os países em desenvolvimento de sonhar com o tratamento - aquele que é acessível, entretanto, às elites de qualquer país, muito mais solidárias entre si do que com seus conterrâneos, no mundo em que uma determinada forma de globalização tem hegemonia da África às Américas.

Do ponto de vista do indivíduo - cidadão, estaremos pensando na “educação libertadora”, conscientizadora e emancipadora, politizada, na “adesão” (*adherence* e não *compliance*)³, na solidariedade social, no atendimento centrado nas equipes multidisciplinares e não no clínico, nos grupos face a face e comunitários mais politizados.

Estaremos sempre inventando movimentos sociais que transformem mentalidades, contra a discriminação e o sexismo, pela afirmação positiva que celebra a diversidade, a comunicação, a ação solidária, que desnaturalizem a injustiça e a desigualdade ou iniquidade. Iniciativas que afirmem identidades políticas positivas que consigam se comunicar e fazer alianças, e, como no caso recente da discussão sobre patentes, até disputem espaço no cenário internacional para uma visão de saúde coletiva, pública e decente para todos.

As iniciativas no campo da AIDS que ousaram “criar direitos”, por exemplo, obrigando o governo a fornecer medicação, estimularam as mais recentes respostas de servidores em laboratórios públicos que organizaram a capacidade para produzir a medicação anti-HIV e em seguida, somaram no movimento social que depois colocou o governo negociando quebra das patentes ou dos preços internacionais. Com a resposta construída durante anos, criaram-se ilhas de cidadania que dependeram da progressiva organização dos afetados e da resposta nos programas nacionais e estaduais de DST/AIDS. Os programas de AIDS são uma exceção, mas demonstram que saúde pública de melhor qualidade é possível.

O desafio de sustentar e ampliar para mais gente e para outras áreas da saúde o sonho realizado é um estímulo e desafio para a criatividade cidadã, dificilmente ocorreria à mentalidade consumidora. O consumo sem independência ou questionamento de ordens injustas, manterá a exclusão naturalizada, ou as dificuldades do processo alienadas do contexto em que se dão: ordenadas por uma desigualdade de sexos e gêneros, de etnias e diferenças de fé, ordenadas por uma visão adultocêntrica ou marcadas por um olhar de classe.

Politizar os grupos psico-educativos e os grupos de apoio

Espalhadas em várias regiões do planeta, várias experiências têm desafiado o contexto sócio-cultural, o contexto psicossocial em que vivem as pessoas mais vulneráveis ao HIV, formando multiplicadores para discutir as normas culturais para os gêneros (UNAIDS, 1999), aumentando a consciência da vulnerabilidade social, e capacitando-os para serem agentes de sua própria saúde aumentando sua habilidade de comunicação com parceiros ou de reivindicação por serviços de saúde. Os estudos sistemáticos dos programas educativos, especialmente os conduzidos entre jovens (UNAIDS, 1997), têm enfatizado que os programas que usam uma linguagem simples e ensinam as pessoas a se proteger de fato, mostrando passo a passo como se usa um preservati-

² Comunicação pessoal

³ Em inglês, o termo *adherence* tem sido usado na maioria dos artigos sobre adesão ao tratamento como sinônimo de *compliance*, embora alguns autores façam distinção entre os dois termos que é interessante para esta discussão. *Adherence* reflete uma atitude do indivíduo em face da medicação prescrita, isto é, o indivíduo segue a prescrição porque o deseja, enquanto *compliance* reflete uma atitude de consentimento em relação ao médico para tomar a medicação. *Adherence* representa o fato de um indivíduo seguir uma determinada prescrição, enquanto “*compliance*” é uma avaliação disso. Ver os capítulos 1, 2 e 3 de Teixeira *et al*, 2000

vo e outras formas de proteção, como carregar uma camiseta na bolsa, comunicar-se com o parceiro ou no balcão da farmácia, como contar com o apoio da família e do grupo de pares, são os que garantem melhores resultados. Abordagens semelhantes e bem sucedidas são encontradas em várias experiências que buscam promover a adesão à medicação (Teixeira et al, 2000).

Essas iniciativas dependem bastante de atividades em pequenos grupos, chamados convencionalmente de “oficinas” (*workshops*), em geral uma proposta de educação dialógica. Os ativistas das oficinas, inclusive das primeiras e inovadoras respostas das comunidades *gays*, organizadas em São Francisco e Nova Iorque e que idealizaram as primeiras “oficinas de sexo seguro”, reconhecem sua inspiração na tradição inaugurada por Paulo Freire, de educação como prática da liberdade. Essa “pedagogia do oprimido”, cunhada originalmente nos anos sessenta, participa até hoje em várias partes do mundo como tarefa-auxiliar dos movimentos sociais contra a pobreza e outras formas de exclusão social. Nessa tradição, ter acesso à educação é em si mesmo um passo crucial, mas apenas quando a linguagem popular (palavras e sintaxe) e os temas relevantes da vida dos oprimidos socialmente são valorizados. Só tem sentido e eficácia se as ações educativas conseguirem quebrar o silêncio e a invisibilidade social dos que hoje chamamos de excluídos.

A partir da metade dos anos 80, também na América Latina, quando se iniciou o processo de democratização, outras definições de opressão, além da pobreza, foram incluídas no cenário de iniciativas comunitárias e não-governamentais. Os sexos, o gênero (ainda no singular e no feminino) e a raça (negra) entraram no cenário político, principalmente pela via da política de identidade e da sua afirmação positiva: somos “mulheres” ou “feministas”, “homossexuais” ou “GLS/GLT”, “pretos”, ou “portadores do HIV” (e não “aidéticos”). Uma nova face da pedagogia libertadora surgiu com as “oficinas”, “grupos de apoio”, “grupos de vivência”, etc. São espaços cujo objetivo é compartilhar experiências íntimas das dificuldades de viver aquela parte que se sente estigmatizada, excluída, e falam principalmente da opressão enraizada no corpo diferente ou menos poderoso (o feminino, o corpo jovem, os corpos não-brancos, os que expressam desejos diferentes, corpos doentes, deficientes). Organiza processos vividos em grupo para desconstruir velhos estigmas e reconstruir coletivamente identidades positivas. Muitos desses processos coletivos criaram iniciativas de luta contra a discriminação.

Esta experiência foi incorporada em propostas de educação e assistência. Em outros textos temos chamado esse tipo de experiência, face a face e em grupos, de “grupos psico-educativos”, porque além da pedagogia desenvolvida para a educação libertária nos movimentos populares, incorporaram técnicas de psicologia de grupo, que vão do psicodrama aos grupos operativos. Na experiência brasileira, estas propostas quando ampliaram-se de educativas

para psico-educativas foram inspiradas também pela produção latino-americana da “psicoterapia do oprimido”, mas marcadas pelas várias experiências norte-americanas chamadas de *New Age*, resultantes da antipsiquiatria e da bioenergética, entre outras. Essas propostas de “vivências em grupo” geraram uma abordagem mais intersubjetiva que valoriza, por um lado, a noção de diversidade e criatividade pessoais, e por outro, a afirmação de identidades compartilhadas, em busca da emancipação pessoal e coletiva, da cidadania.

Essas iniciativas se organizam a partir da decepção com o espaço público que constrói a democracia, virtual ainda para formas de viver a vida que fazem as pessoas se sentirem minorias excluídas, e que mantêm sem a possibilidade de exercício dos direitos individuais grupos inteiros de cidadãos que tem opções e valores mais singulares. Estes espaços têm fortalecido o consumo de identidades prontas, e muitos grupos se organizam “glamurizando” como produtos de consumo identidades positivas e estilos de vida, condutas propostas por sua “vanguarda”. Mas podem radicalizar o isolamento quando permanecem por demais dogmáticos, quase corporativos. Afastam logo seus consumidores decepcionados com o fato de enfrentarem a realidade material e as hegemonias simbólicas “lá fora”, dos grupos e dos espaços protegidos, na dura vida real onde não conseguem realizar a identidade consumida e incorporada rigidamente ou a liberdade de ser diferente.

A decepção com o consumido acaba por afastar o consumidor, empurra-o muitas vezes de volta ao velho fatalismo, ao silêncio ou ao disfarce sofrido. Mais raramente essa decepção tem criativamente se organizado numa ideologia, num conjunto de valores que conseguem se comunicar, proclamar que o que visa um interesse particular é uma obrigação social. Recuperar a origem mais politizada dos grupos psico-educativos estimularia o despertar do cidadão público adormecido no consumidor privado, aprofundando-os como um momento no processo de emancipação psicossocial.

Politizar significa olhar além do nosso próprio espelho narcísico, recuperar o que nos une como excluídos por aquela parte que nos difere de “todos”, expandir uma identidade política defensiva para nos juntarmos a “toda a gente”, porque todos temos direito à liberdade de ser e sonhar. Politizar implica reconhecer que há muitos outros excluídos, diminuir a frustração individual com os limites impostos pelo contexto sócio-cultural, superar a culpa de não seguir os guias para ser, culpa inconsciente das condições históricas que produziram maior vulnerabilidade e a exclusão. Dependemos, para a emancipação, de poder fazer história, de fortalecer alianças políticas - que são diferentes, como lembra Maria Betânia Ávila, de buscar apoio para “a minha luta”.⁴ Politizar nos obriga a cultivar mais plasticidade com as soluções definitivas e prontas, porque temos que nos comunicar e negociar. Politizar significa negociar soluções a dois, mais “poder de” e não ter mais poder “sobre”.

⁴ Fala no seminário “Sexualidade e Política na América Latina”, organizado pela ABIA, Rio de Janeiro, 2-3 Julho 2001.

Quando esse tipo de espaço psico-educativo acontece em programas de prevenção do HIV e da AIDS, essa abertura à politização valoriza a sabedoria produzida na vida vivida que pode ser compartilhada também com os profissionais que coordenam a atividade, incentiva a busca conjunta de outros espaços solidários e soluções fora do escopo dos projetos e programas. Evita a cooptação pela gratidão a um serviço que sabemos ser de qualidade superior aos outros serviços de saúde no Brasil, e garante o controle social sobre a qualidade e a ética do cuidado. Como lembra Fernando Seffner⁵, referindo-se à escola pública em comparação com a privada, essas inovações só podem acontecer nos serviços públicos de saúde, onde a saúde não é ainda um produto de consumo, mas um direito. Nas escolas e serviços privados de saúde e educação a lógica é a do consumidor.

Do ponto de vista subjetivo e individual, as ações que promovem também a cidadania e estimulam as pessoas a serem agentes de sua vida integral, sujeitos que escolhem e decidem, adaptam os guias e propostas à sua realidade e são apoiados neste caminho, permitem às pessoas refletirem e modificarem modos de vida, uma atitude ou seu comportamento, conscientes da teia que engendra sua vulnerabilidade. A conscientização do contexto permite a plasticidade de lidar com os obstáculos nos cenários mais vulneráveis, que depende do sujeito atento que constrói para si práticas aceitáveis na sua vida real, ou participa da mobilização de grupos e comunidades buscando diminuir as dificuldades compartilhadas no ambiente social em que vivem. Politizar diante de nós mesmos significa poder reconhecer novas necessidades, dar voz interna a desejos inéditos, empoderar novas faces, atualizar *personas*, potenciais não vividos, virtualidades do vivido nunca antes considerados, reprimidos, estimulados ou emergentes diante de novas situações de vida ou mobilizados por contextos coletivos. É poder negociar e transformar nosso velho eixo de identidade, maleabilizar e mudar velhos papéis. Diante de nós mesmos, politizar é considerar as nossas várias faces e necessidades conflitantes, ter plasticidade para realizarmos-nos em cada contexto intersubjetivo, possível somente a partir de uma radical consciência de alteridade, como ipseidade (Ayres, 2001).

Todos podem se adaptar e **aderir** aos guias e sugestões, para além das receitas prontas, folhetos ou campanhas de mídia, ou da simples obediência às ordens genéricas de autoridades sanitárias. Já se descreveu como a comunicação sobre o uso de medicação anti-HIV não deve ser imperativa, e como a adesão ao coquetel é uma co-construção entre profissionais e pacientes (Paiva et al, 2000). A adesão é um *processo de aprendizado individual e coletivo* de como lidar com as dificuldades materiais, sociais e individuais de “engolir” a medicação e com a condição de pessoa soropositiva, ou com as dificuldades de fazer sexo seguro nos contextos psicossociais que ampliam a vulnerabilidade.

Não se resolve numa única conversa com o médico, por mais bem-intencionado, amigo e receptivo que seja, e ambos devem constantemente adaptar a “tabela” de uso da medicação e a necessidade do uso de camisinha a cada situação de vida, que segue mudando. Não se resolve numa oficina ou grupo de apoio despolitizado.

Um processo politizado, emancipatório, é sempre mais difícil, porque a arte da política é a arte da negociação, é menos “glamuroso” e depende de paciência e tempo. Afinal, é impossível “consumir” mudanças prontas. O que pode nos parecer interessante para consumo não transforma a vida que levamos num passe de mágica e só mudamos a partir da realidade viva em que vivemos e não daquela vendida como cenário de produtos prontos para consumo, por mais bem embalados e intencionados.

Não há “intervenção” que mágica e definitivamente proteja, cuide e assista.

Só mudamos a partir do que somos: país desigual, preche de violência simbólica e estrutural, instituições pouco democráticas, e uma diversidade de comunidades e pessoas complexas (com seus mil lados buscando realização), mas criativas. Só mudamos a partir do que nossa história pessoal, necessariamente psicossocial, construiu como memória e ipseidade, identidade e alteridade, e também do sonho do que queremos ser e viver.

Para isso precisamos contar com o processo, de atos de amor menos narcísicos e com o tempo, tempo, tempo... dos deuses mais lindos, com diria Caetano Veloso.

Já em plena era de Aquarius, seria bom avançar uma das máximas da era de Peixes: “Amar ao próximo como a si mesmo”. Como diria meu amigo e mestre João Frayze⁶: “Quem disse isso acabou crucificado”. Se nosso narciso não é capaz de amar quem não é espelho, como diria o Caetano, na pressa de cuidar e proteger acabamos por crucificar também o outro, nos outros e em nós mesmos.

Melhor amar ao próximo como ele é, onde ele está, aprendendo com ele.

Referências bibliográficas

- AYRES, J.R. 2001. *Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva*. 6(1): 63-73.
- AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JÚNIOR., I.; CALAZANS, GJ; SALETTI FILHO, H.C. 1999. *Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS*. in: Barbosa, R. M.; Parker, R. G. **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; São Paulo: Editora 34, p. 49-72.
- DANIEL, H. & PARKER, R. 1991. **AIDS: a terceira epidemia**. São Paulo: Editora Iglu.
- ENHANCING CARE INITIATIVE (ECI). 2001. **Mulheres e AIDS: desafios para os serviços**. Acesso online <http://www.harvard.edu>, em julho de 2001.

^{5,6} Comunicação pessoal.

- FERREIRA, A.B.H. 1999. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 3ª Edição.
- FREIRE, P. 1989. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- MAGALHÃES, J. 1998. **Mulheres infectadas pelo HIV: o impacto na anti-concepção, no comportamento sexual e na história obstétrica**. Dissertação de Mestrado. Campinas: Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE & CEBRAP. 2000. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde.
- PAIVA, V. 1999. *Cenas sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual*. in: Barbosa, R. M.; Parker, R. G. **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; São Paulo: Editora 34.
- PAIVA, V. 2000. **Fazendo arte com camisinha**. São Paulo: Summus Editorial.
- PAIVA, V., BUGAMELLI, L.E., LEME, B., VENTURA-FILIPPE, E., TUNALA, L., & SANTOS, N.J.S. 1998. **SIDA: Vulnerabilidad y condicionantes de genero**, in GÓMEZ, A. (ed.) **Mujeres, vulnerabilidades y VIH/SIDA: un enfoque desde los derechos humanos. Cuadernos Mujer Salud 3**, Santiago del Chile: RSMLAC, p. 34-39.
- PAIVA, V., LATORRE, M.R., GRAVATO, N., LACERDA, R. & ENHANCING CARE INITIATIVE (ECI-Brasil). 2001. **Sexualidade das mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo**. (mimeo).
- PAIVA, V., LEME, B., NIGRO, R. & CARACIOLO, J. 2000. *Lidando com a adesão: a experiência de profissionais e ativistas na cidade de São Paulo*, in TEIXEIRA, P., PAIVA, V. & SHIMMA, E. (org.) **Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo**. São Paulo: NEPAIDS.
- ROTHERAM-BORUS, M.J. & MILLER, S. 1998. *Secondary Prevention for youth living with HIV*. **AIDS Care**. 10(1):17-34.
- SANTOS, N.J.S, VENTURA-FILIPPE, E. & PAIVA, V. 1998. *HIV-positive women, reproduction and sexuality in São Paulo, Brazil*. **Reproductive Health Matters**. London, 6(12): 31-41.
- SCHILTZ, M.A. & SANDFORTH, G.M. 2000. *HIV-positive people, risk and sexual behavior*. **Social Science and Medicine**, 50: 1571-1588.
- TEIXEIRA, P., PAIVA, V. & SHIMMA, E. (org.) **Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo**. São Paulo: NEPAIDS.
- TUNALA, L. 1999. **Fontes de stress cotidianas em uma amostra de mulheres portadoras de HIV**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- TUNALA, L., PAIVA, V., VENTURA-FILIPPE, E., SANTOS, T., SANTOS, N. & HEARST, N. 2000. *Fatores Psicossociais que dificultam a adesão de mulheres portadoras de HIV aos cuidados de saúde*, in TEIXEIRA, P., PAIVA, V. & SHIMMA, E. (org.) **Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo**. São Paulo: NEPAIDS.
- UNAIDS. 1997. **Impacto de la educación en materia de salud sexual y VIH sobre el comportamiento sexual de los jóvenes: actualización de un análisis**. Ginebra: UNAIDS.
- UNAIDS. 1999. **Gender and HIV/AIDS: taking stock of research and programs**. Geneva: UNAIDS.
- VENTURA-FILIPPE, E., BUGAMELLI, L.E., LEME, B., SANTOS, N.J.S., GARCIA, S., PAIVA, V. & HEARST, N. 1999. *Risk perception and counseling among HIV-positive women in São Paulo, Brasil*. **International Journal of STD & AIDS**.
- XIII International AIDS Conference (Abstracts)**. 2000. Durban, South Africa.

Prevenção à AIDS: uma ação político pedagógica

Fernando Seffner¹

Apresentação

Em 2001, completaram-se 20 anos de existência da AIDS no mundo. A primeira notícia é de 1981, no boletim do CDC, e dizia respeito a casos de pneumonia entre homossexuais em Los Angeles. Logo após, ainda em 1981, foi publicado um artigo tratando da ocorrência de sarcoma de Kaposi também entre homossexuais. E já em 1983 temos um artigo que propunha o padrão viral para a doença. Entramos agora na terceira década da epidemia. A passagem desta data tem ensejado diferentes processos de avaliação. Este texto faz parte deste esforço em avaliar, inserido dentro de um ciclo de seminários promovido pela Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, em parceria com diversas instituições de alguns Estados do Brasil.

O objetivo principal aqui é o de aproximar algumas idéias e práticas presentes nas experiências de prevenção à AIDS, realizadas ao longo desses anos, ao campo das questões em educação, permitindo uma reflexão de natureza político pedagógica. No sentido de organizar a abordagem, o texto está estruturado em quatro partes. Na introdução, apresentamos e discutimos a questão central, a saber, o debate entre opções políticas e opções técnicas de encaminhamento das ações preventivas. No item seguinte, discutimos conceitos e visões no eixo prevenção, educação e política. De posse desses elementos, buscamos esboçar, no item quatro, um projeto político pedagógico para a prevenção à AIDS, qualificando suas fontes de inspiração. Finalizamos apresentando, a partir do projeto esboçado, algumas sugestões, modos e critérios para ações em prevenção, bem como a bibliografia consultada.

Introdução

De forma geral, verificamos nos últimos anos que as questões suscitadas pela epidemia de AIDS são cada vez mais objeto de respostas técnicas, no mais das vezes com forte conotação burocrática. Tal conotação precisa ser entendida na ótica da compreensão weberiana: predomínio da impessoalidade, rotinização das condutas, falta de criatividade para enfrentar situações e desafios

novos, esvaziamento dos conteúdos políticos das questões envolvidas, ênfase na medicalização e na biologização das explicações. Frente a esta realidade, duas avaliações são possíveis. A primeira delas acentua aspectos positivos, entendendo que a rotinização das tarefas é desejável, uma vez que oportuniza o atendimento das demandas dos pacientes com agilidade, igualdade, anonimato, qualidade técnica e previsibilidade. Mas podemos também pensar que a rotinização é a morte da visão política da AIDS. Nesse sentido, a rotinização, mesmo que de alto nível técnico, significa um retrocesso no enfrentamento geral da epidemia. Temos, então, um quadro de tensão entre eficiência técnica de rotina e politização da epidemia.

A missão das ONG/AIDS e de muitos dos programas estaduais ou municipais de AIDS, além de outras agências da sociedade civil, é de chamar a atenção para as questões ou dimensões políticas e pedagógicas envolvidas com a doença. Esta regra vale para quase tudo que diz respeito à AIDS, e também para os temas a ela associados. Priorizar questões políticas ao redor da sexualidade é, por exemplo, uma luta de muitos anos do movimento feminista e do movimento homossexual. Se por um lado, necessitamos que uma série de procedimentos efetivamente se transforme em rotinas dos serviços de saúde, por outro, precisamos de bem mais do que isso para enfrentar a epidemia, especialmente situações como de violência estrutural e morte social a ela associadas.

De forma paradoxal, este viés burocrático e técnico preocupante convive atualmente com o extraordinário sucesso mundial de nosso modelo de tratamento, que leva o Brasil a ter um papel propositivo no cenário da pesquisa mundial em AIDS, pela capacidade instalada e pela singularidade, pelo menos durante o período em que durar o sucesso. Esse papel propositivo não pode ser confundido com o de simples “exportador de modelos”, de “best practices”, tão ao gosto de muitas recomendações do Banco Mundial e de outros órgãos internacionais de planejamento, que transferem de forma acrítica experiências de um país a outro. Se restringirmos a discussão a aspectos de eficiência técnica e burocrática, estaremos empobrecendo toda a experiência destes quase 20 anos de luta contra a epidemia no Brasil, onde as organizações governamentais e não governamentais, os indivíduos soropositivos e suas famílias, muitos técnicos do serviço público em saúde e outros personagens atuaram num jogo de forte pressão política para que se

¹ Fernando Seffner é professor da Faculdade de Educação da UFRGS e voluntário do GAPA/RS. É graduado em História, Mestre em Sociologia e Doutorando em Educação, na linha de pesquisa Estudos de Gênero e Educação junto ao PPGEDU/UFRGS.

construísse a fórmula de ação que agora merece tantos e generalizados aplausos.

No rumo das argumentações que pretendemos desenvolver no próximo item, é importante lembrar que o país já teve também, e mantém até hoje, um papel propositivo em termos educacionais, em nível mundial. O exemplo mais famoso e de maior envergadura é sem dúvida o de Paulo Freire, mas não estamos restritos apenas a ele. Outros educadores de importância mundial foram Darcy Ribeiro e Anísio Teixeira. Mais recentemente, chamaram a atenção internacional as experiências educacionais levadas a cabo em numerosos municípios brasileiros – tais como os movimentos de alfabetização, programas de educação de jovens e adultos e a criação das escolas organizadas por ciclos de aprendizado – bem como o conjunto de documentos produzido pelo Ministério de Educação com o nome de Parâmetros Curriculares Nacionais, em que pesem as enormes diferenças de concepção política entre estes dois exemplos de proposição pedagógica. Para além de educadores reconhecidos e de experiências oficiais, temos tido nos últimos anos uma grande visibilidade de experiências de educação informal, dentre as quais as mais famosas são aquelas associadas a movimentos sociais, tais como o programa de educação escolar do MST (Movimento dos Sem Terra), os programas de alfabetização e círculos de leitura promovidos pelas CEB (Comunidades Eclesiais de Base), nas periferias urbanas, bem como os programas de educação técnica, re-qualificação e cidadania, conduzidos pelos sindicatos, em especial das categorias de metalúrgicos e bancários, em numerosos municípios do Brasil.

Frente a isso, a questão que se coloca é: como é que esse acúmulo de pesquisas e produção de conhecimentos, tanto na área da AIDS, quanto na área de educação lato senso, pode transformar-se numa tecnologia educacional de prevenção? De que modo podemos (se é que podemos), com isso tudo, construir uma pedagogia da prevenção? Mais ainda, uma pedagogia “brasileira” da prevenção? Neste texto fazemos algumas especulações na busca de caminhos para responder a estas questões. E acreditamos que é este, de fato, o momento mais adequado para sua busca, uma vez que nos defrontamos com o processo de avaliação das ações nestes 20 anos de epidemia, e também porque o país está colocado momentaneamente no cenário mundial num papel propositor e modelar. Desta maneira, nós mesmos temos que saber melhor como foi que aqui chegamos, e para onde podemos ir. Na medida em que os outros voltam os olhos para nós, também devemos fazer o mesmo, e entender melhor quais são nossos modos de trabalhar na prevenção em AIDS. Por isso tudo, acredito que podemos ter um papel propositor em nível mundial no campo da prevenção também, assim como estamos tendo no campo do tratamento e do acesso a medicamentos.

Não se vai aqui proceder a um balanço das experiências de prevenção em AIDS desenvolvidas no país, tarefa de enorme envergadura que exigiria bem mais do que

um texto. Vamos focar algumas das premissas e dos pressupostos das campanhas e das ações de prevenção que vem se conduzindo nestes anos. Estão disponíveis em publicações brasileiras numerosos textos e trabalhos descrevendo as melhores práticas de prevenção, e parece-nos que necessitamos falar daquilo que é, em geral, deixado de lado, mas está sempre presente, que são as teorias, pressupostos, concepções e visões de mundo que, enfim, orientam a instauração das práticas, e que, por estarem à sombra, em geral não são discutidas.

Prevenção, educação e política

As ações de prevenção são, fundamentalmente, ações político-pedagógicas, situadas no campo da educação. Sendo assim, vamos fazer aqui um esforço em trazer o assunto da prevenção para dentro da área da educação. É comum escutarmos a afirmação “a base de tudo está na educação”, e ela pode nos levar a pensar que a maneira de operacionalizar isso é transformar cada parte deste “tudo” numa disciplina escolar: se temos desrespeito às leis de trânsito, cria-se na escola uma disciplina para tratar disso; se temos problemas com direitos humanos, inclui-se este conteúdo em alguma disciplina escolar; se temos problemas com a sexualidade adolescente, introduz-se o tema transversal educação sexual no currículo, e assim sucessivamente com qualquer questão social complicada. Desta forma, delimitamos a educação ao território escolar. Neste texto, vamos abordar questões de natureza pedagógica a partir da escola, mas tendo presente que processos educativos importantes acontecem em outros locais. Mas mesmo acontecendo em outros locais, vamos buscar compreendê-los com as noções de currículo, conteúdos, conceitos, competências, planejamento e avaliação próprias do ambiente escolar.

Assumimos, também, que os processos educativos não são simples mediadores, eles são, de fato, construtores de indivíduos, portanto, formadores de identidades. A educação é entendida então como atividade construtora, não simplesmente mediadora, ela constrói identidades. A identidade não é algo essencial, mas em permanente processo de construção. A construção das identidades está ligada também à questão da memória, o que implica lidar com as trajetórias de vida. Embora a palavra identidade, em sua raiz etimológica, venha de idêntico, os processos de construção identitária definem-se mais pela marcação de diferenças do que pelas semelhanças que existam entre os indivíduos. O indivíduo se define sempre em confronto com o outro, do qual busca distinguir-se.

A tese básica que desejo discutir é: analisando o que foi feito até hoje em prevenção, creio que podemos afirmar que talvez estejamos politizando e pedagogizando pouco a prevenção. Desta maneira, abrimos espaço para que ela seja vista como uma atividade eminentemente técnica. Dito de outra forma, talvez a maioria das campanhas de prevenção tenha visado à formação de consumidores de camisinhas, e não de cidadãos educados

para a autonomia nas decisões de saúde sexual. Esta é uma espécie de “questão arriscada”: estamos formando cidadãos ou consumidores de camisinhas? Se a AIDS tem-se verificado um marcador muito eficiente da opressão social e sexual, não temos saída senão politizar as campanhas de prevenção. Mas podemos afirmar - e comprovar - que de muitas maneiras já estamos fazendo isso há bastante tempo, em especial as ONG/AIDS. Reformulamos então a tese posta no início deste parágrafo: a despeito de nossos esforços em politizar as questões que envolvem a AIDS, ela ainda é percebida pela maioria unicamente no seu viés médico, e a prevenção, também apesar de nossos esforços, continua sendo percebida pela maioria como atitude de cunho individual.

Devemos ter em mente que as transformações que queremos, e que devem resultar em melhoras na prevenção da AIDS, não vão resultar de mudanças imediatas da práxis institucionalizada. Ou seja, e sempre, o simples uso do preservativo também não representa o final de nossos esforços em prevenção. A menos que igualemos o indivíduo “prevenido” ao consumidor de camisinhas. A introdução de um decidido incremento de política e pedagogia nas discussões de prevenção acarreta um aumento de complexidade, derivado da imprevisibilidade dos caminhos que a partir daí podem acontecer. A tecnificação dos procedimentos traz sempre a “vantagem” da previsibilidade, enquanto a politização traz como “desvantagem” a imprevisibilidade. Fazendo um paralelo com um tema muito estudado em Educação, a alfabetização, podemos afirmar que a tecnificação dos procedimentos de aquisição da linguagem materna permitem uma boa previsibilidade, e facilitam a construção de indicadores de avaliação do processo mais geral de leitura e escrita, pelo qual passa a criança em seu primeiro ano de escola. Por outro lado, em processos de alfabetização onde o componente político da aquisição da leitura e da escrita foi incrementado – o referencial de Paulo Freire é o melhor exemplo – fica difícil construir indicadores de avaliação, bem como definir o que é considerado “progresso” na aquisição das competências de leitura e escrita. Não é por outro motivo que os processos educativos tendem sempre à tecnificação, pois a politização representa normalmente um stress na vida dos educadores.

Politizar o processo de educação implica também lidar com a história, em nosso caso a história das práticas, dos conhecimentos, dos juízos de valor, das verdades de cada época relativas a sexualidade. Há um tema na área de prevenção às DST que fornece um ótimo exemplo: o problema da masturbação. De maneira muito intensa até cerca de 30 anos atrás, mas numa concepção ainda presente até hoje, a masturbação foi/é vista como uma manifestação degradada de um modo original e perfeito de fazer as coisas, que seria a relação sexual reprodutiva envolvendo dois indivíduos. Nessa linha de pensamento, ela foi sempre vista como substitutiva do sexo “verdadeiro” entre dois indivíduos. Desta forma, foi durante muitos anos fortemente patologizada, chamada de “vício solitário”, dizendo-se que o indivíduo que a praticava podia experimentar fraqueza, delírios, incapacidade mental em médio prazo, esgotamento

dos fluidos vitais, crescimento de pelos nas mãos, etc. Entretanto, com o advento da epidemia de AIDS, produziu-se uma inversão clara neste raciocínio, sendo a masturbação vista hoje como modo seguro e eficiente de relação sexual, não apenas de forma isolada, mas também no caso da masturbação mútua, entre dois ou mais indivíduos, e sobre isto havendo grande quantidade de recomendações, que a tratam como verdadeira possibilidade de relação sexual segura.

Num programa coerente de educação para a prevenção, não bastará dizer – informar – que a masturbação é uma prática segura. Desta forma, ela será assimilada, no máximo, como uma nova técnica, reduzindo o indivíduo a um consumidor de camisinhas e de técnicas seguras. É necessário discutir esta transformação histórica nos conhecimentos sobre a masturbação, o que pode ser feito inclusive com o recurso às entrevistas com pais, avós, tios, profissionais de saúde, padres e psicólogos dentre outros, uma vez que ainda convivem no ambiente cultural contemporâneo diferentes concepções sobre o tema. Agindo desta forma, estaremos lidando com uma definição de educação mais densa:

“Convém sempre lembrar a diretriz essencial de John Dewey: educar é garantir ao indivíduo condições para que ele continue a educar-se. Em outras palavras, educar é promover a autonomia do ser consciente que somos – capazes de proceder a escolhas, hierarquizar alternativas, formular e guiar-se por valores e critérios éticos, definir conveniências múltiplas e seus efeitos, reconhecer erros e insuficiências, propor e repropor direções” (Menezes, 2000: 94).

Pensando pela ótica da educação formal, podemos dizer que é apenas no ambiente da escola pública, por mais precário que ele se apresente, que podemos incrementar processos educativos com forte conteúdo político, lidando com o referencial de educação que citamos acima. O ambiente de escola particular/privada simplesmente “não agüenta” esta politização, preferindo as rotinas técnicas de aprendizado. Por isso, a escola privada é em geral o paraíso da rotina pedagógica, - muitas vezes de qualidade - uma vez que, basicamente, é apenas isto que ela tem a oferecer a sua clientela. E a escola privada critica a escola pública justamente pela falta de rotina desta última. De toda forma, o que temos que enfatizar é que politizar o processo pedagógico – e o processo educativo da prevenção também – é perder um pouco o controle sobre ele, sendo essa tensão entre pedagogia e política um elemento sempre presente em educação. Com base nisso tudo, podemos ensaiar a discussão do conceito de “eficaz” em termos de respostas à AIDS: o que tem-se mostrado procedimento eficaz na prevenção à AIDS? Aqui está-se apenas sugerindo essa indagação, e nem de longe temos condições de aprofundá-la exaustivamente nesse momento. De toda forma, afirmamos que é somente a partir de um referencial de saúde pública e saúde coletiva que podemos montar programas de prevenção eficazes para o controle de DST. Esta não pode ser uma atribuição exclusiva da iniciativa privada, ela deve estar na órbita de ação do Esta-

do e das ONG, dado o caráter público que estas instâncias possuem, o que as habilita a lidar de forma positiva com a imprevisibilidade do conteúdo político.

A idéia de educação como bem de consumo, própria dos empreendimentos privados, interfere na natureza do processo educativo, em sua intimidade mesmo, e isso estabelece uma diferença monumental entre ensino público e privado. Podemos afirmar que o mesmo se dá na dicotomia saúde pública e saúde privada. Tudo o que há de interessante na educação brasileira veio da escola pública, uma vez que foi fruto de disputas políticas, e a idéia de educação como bem de consumo não suporta a politização do processo de educação, pois esta politização implica um elevado grau de incerteza, interfere na distribuição de poder, redesenha a todo instante as linhas de enfrentamento, re-posicionando os sujeitos envolvidos. Tudo o que acreditamos em matéria de educação não pode ser feito em mais de dez por cento na escola privada. Daí concluirmos que o modelo de cidadão consumidor e de mercado regulador não pode ter espaço nas áreas de saúde e educação, em que pese admitirmos que ele pode ter espaço em outras áreas e iniciativas da sociedade. Dito de uma forma mais branda, o espaço para o modelo de mercado deve ser sempre claramente subordinado ao espaço público nas atividades de educação e saúde.

Se educar é politizar e pedagogizar os sujeitos e o processo, vemos que a ênfase informativa de muitas campanhas de prevenção asfixia as possibilidades de formação dos indivíduos, as possibilidades de operar na formação de identidades com algum grau de autonomia. Desta forma, a chance de formarmos consumidores de camisinhas e portadores de técnicas é muito grande, mas não atende ao objetivo mais profundo de auxiliar o indivíduo a gerar condições para que ele continue a educar-se para o *cuidado-de-si* e o *cuidado-dos-outros*. Para desempenhar um papel educacional em sintonia com o que desejamos, as oficinas e campanhas de prevenção devem ser momentos em que se gerem mais perguntas do que respostas, perguntas que alimentem debates em que cada um coloca sua identidade em discussão. Ambientes onde temos mais respostas do que perguntas estão, em geral, mais preocupados com treinamento e adestramento de pessoas. O indivíduo participa de uma oficina, onde toma contato com informações, procedimentos e competências. A partir dali produz experiências e conhecimentos novos, com o auxílio do grupo e do coordenador. Os bons programas de prevenção não prescindem da informação, apenas não a reificam. Os bons programas de prevenção priorizam os indivíduos e suas trajetórias de vida, e não as informações técnicas. Convém notar que, em geral, quando não se sabe *o que fazer*, se busca recurso no *como fazer*. Ora, o *como fazer*, dada a variedade de recursos hoje disponíveis, pode ser objeto de infinitas variações, pois temos técnicas de trabalho em grupo, técnicas audiovisuais, recursos computadorizados, técnicas teatrais, multimídia, oficinas interativas, enfim recursos pedagógicos de todo tipo. Muito da criatividade que se enxerga nos trabalhos de prevenção em todo o país, incluídas aí as ONG/AIDS, reside na exploração, ao má-

ximo, das capacidades do *como fazer*, mas pouco se encontram experiências que de fato inovaram no nível do *que fazer*.

Outro fator importante que nos leva a pensar que a única saída é politizar as agendas de prevenção é a constatação de que a maior parte dos determinantes da saúde - aqueles fatores que intervêm estruturalmente na determinação da qualidade de vida - estão fora do controle dos setores saúde e educação, ou mesmo das ONG. Daí deriva uma constatação: se não politizarmos o discurso da prevenção, se insistirmos em aspectos técnicos, estamos fadados ao insucesso, uma vez que estaremos tratando de fatias muito pequenas dos aspectos que de fato interferem e determinam o comportamento dos indicadores de saúde. Temos hoje em dia no país uma agenda nacional de prioridades em saúde, e também uma agenda nacional de prioridades em educação. Devemos lutar para efetuar um cruzamento destas agendas, e montar uma agenda nacional de saúde educação, com o que as duas áreas teriam a ganhar.

Após 20 anos de epidemia, devemos com certeza orientar nossas indagações para:

“... conquistar sobretudo aqueles horizontes e possibilidades do pensamento arriscado que nos são propostos pelo avanço tecnológico e pelas mudanças sociais, embora por boas razões tomemos como muito perigosa sua imediata aplicação na práxis. Temos que pensar sobretudo o que do contrário – ou seja, fora dos muros do mundo acadêmico – permanece impensado, por ser arriscado demais nas condições da práxis atual” (Gumbrecht, 2001: 18).

Orientando-se por este raciocínio, ao aproximar as ações de prevenção da área de educação, um primeiro aspecto que verificamos é que elas estão, em muitos casos, pautadas pela noção de educação como “transmissão” de alguma coisa. A idéia de educação como “transmissão” do saber e da cultura é muito difundida, mas corresponde com certeza a um sentido pobre do termo. Nele, a noção de comunicação é muito privilegiada, e encobre o processo de formação de identidades, ou no mínimo o deixa rebaixado a uma espécie de formação de identidade por agregação de informações, por preenchimento. Temos necessidade de desconstruir a noção de transmissão em educação, mas fica a questão: o que poderia ser posto em lugar deste termo? Mesmo que fiquemos apenas com esta noção de educação aproximada à comunicação, não podemos esquecer que a informação que não vem acompanhada de uma discussão pode até ser perniciososa.

Se vamos aproximar o tema da prevenção à área de Educação, precisaremos submetê-lo a procedimentos de construção curricular que são comuns nesta área. Segundo os escritos de diversos autores, entre eles Tomaz Tadeu da Silva (1999), há quatro componentes essenciais para tratar de currículo e de teoria educacional:

1) Qualquer teoria educacional deve abordar a questão do conhecimento, da verdade, da teoria do conhecimento e do processo de seleção de conhecimentos. Pensando a prevenção, precisamos discutir nosso conceito de conhecimento, nosso conceito de verdade, e como procedemos à seleção de conhecimentos que devem ser “ofertados” em cada oficina, campanha ou programa de prevenção.

2) Toda teoria educacional deve abordar a questão do sujeito, da subjetividade e/ou da identidade, discutir o que constitui sujeitos e como se dá o processo de subjetivação e de formação de identidades. Tendo em vista que a AIDS é uma doença sexualmente transmissível, ela interage com os indivíduos a partir de situações de desejo e vida sexual. Portanto, para nós é importante saber o que constitui sujeitos sexuados em nossa sociedade. Aqui localizam-se as questões da identidade, ou os processos de subjetivação, dependendo do ponto de vista de cada autor. De toda maneira, este item liga-se a afirmação que já fizemos acima, de que os processos pedagógicos produzem identidades.

3) Toda teoria educacional deve abordar o tema dos valores, da moral e da ética. Nenhum processo pedagógico se dá no vazio moral, nenhum processo educacional é neutro com relação a procedimentos éticos. Desta forma, cumpre definir melhor as relações entre as instâncias educativas – campanhas, oficinas, programas de prevenção – e discussões éticas e morais, especialmente acerca de sexualidade e gênero.

4) A arquitetura de uma proposta curricular deve configurar uma proposição acerca do processo de conhecer. Afinal, como se dá o processo de “conhecer” a respeito de uma doença sexualmente transmissível e de seus modos de transmissão? Este item tem a ver com a idéia de negociação permanente de saberes, operada por todos os indivíduos aprendentes, e que deve estar prevista numa proposta curricular.

Pensando numa aproximação entre saúde e educação, uma outra questão se coloca: em que escolas, em que autores, em que referenciais teóricos e metodológicos de educação os programas de prevenção se inspiram? Será em autores piagetianos, freireanos, estruturalistas, pós-estruturalistas, conteudistas, marxistas, etc? Se fossemos desenhar um currículo com os conteúdos e programas de prevenção, seria ele um currículo tradicional, crítico ou pós-crítico? Moderno ou pós-moderno? Estruturalista ou pós-estruturalista? Isto tudo são questões a pesquisar, numa aproximação entre pedagogia e ações de prevenção.

Um ponto de contato evidente entre as atividades de prevenção à AIDS e o campo da educação é que prevenção de doenças sexualmente transmissíveis está diretamente relacionada com educação sexual. Embora esta conexão seja mais forte se pensarmos em jovens e adolescentes, de certa forma ela está presente nas ações de prevenção com todas as faixas etárias, especialmente se considerarmos que não se trata apenas de educação sexual, mas de uma educação afetivo-sexual. Educação sexual pode ser entendida, em seu sentido mais tradicional, como uma tábua de regras, em geral iniciando com a palavra não. Mas se assumirmos que queremos influenciar a formação de identidades, então teremos que buscar uma educação afetivo-sexual. Nela, devem estar presentes:

“... os conteúdos de natureza biológica que tradicionalmente fazem parte dos programas de educação sexual, tais como, explicações a respeito do funcionamento do corpo humano, comentários sobre a forma de transmissão de

doenças sexualmente transmissíveis, apresentação de dados epidemiológicos e estatísticas locais e regionais, favorecendo a percepção por parte do adolescente de sua situação como grupo populacional, etc. Mas também estão previstas discussões envolvendo temas como auto-estima, amor, afeto, identidade, relações de gênero, de raça, de etnia, de faixa etária, de religião e de região, questões éticas e morais, etc, justamente as mais difíceis de se tratar, e que, em geral, estão ausentes ou encontram pouca expressão nos programas de educação sexual. Recomenda-se ao educador que trabalhe sempre estes dois eixos de forma concomitante, evitando cair em receituários biologicistas, por um lado, ou em pregações morais, por outro. O trabalho integrado no eixo informação/formação visa estimular no adolescente a adoção de práticas voltadas para o auto-cuidado, bem estar individual e coletivo” (Seffner, 2001: 45).

Numerosos temas e questões em educação vêm passando por um acelerado processo de politização. A psicologia, que durante muitos anos influenciou fortemente a área de educação, tendo sucedido a muitas décadas de influência da medicina, agora dá lugar a pressupostos cada vez mais culturais e sociais. Aquilo que um aluno pode aprender em cada série ou faixa etária, que antes estava na dependência de “questões psicológicas”, cada vez mais é definido tendo em vista fatores culturais, tais como pertencimento de classe, redes de sociabilidade, acesso a bens culturais e cultura familiar dentre outros. As críticas que se levantam à politização dos processos educativos são imensas, o que contribui para a manutenção de modos de educar baseados na simples transmissão de conteúdos, o que também constitui uma opção política, mas menos aparente, uma vez que de viés conservador. Problema semelhante vive a área de prevenção. Vista como atividade técnica, a prevenção encontra poucos inimigos. Mas ela se encontra sitiada se nos pusermos a discutir os limites enfrentados pela politização das campanhas de prevenção: limites políticos, limites morais (que tem a ver com a autonomia dos envolvidos), limites partidários, limites institucionais, limites éticos, limites legais e jurídicos (basta ver os programas entre usuários de drogas).

Tal como nas atividades de educação, formal ou informal, acreditamos que o desenho de um currículo na área da prevenção seria bem vindo. Um currículo que contemplasse conteúdos, competências, habilidades, formas de avaliação, atividades e dinâmicas recomendadas como eficientes, acompanhadas da respectiva discussão política. Que estabelecesse algumas exigências para a formação dos formadores, tempos mínimos necessários para ações de prevenção que se queiram eficientes, indicadores qualitativos de avaliação. Um currículo que insistisse nas estratégias relacionais, articulando prevenção com gênero, família, faixa etária, raça e etnia, religião, região. Avançar uma proposta de currículo seria ótimo para que se possa dizer se uma propaganda é boa ou ruim, para além das opiniões pessoais. Como toda proposta curricular, esta seria fruto de uma discussão política, e com certeza representaria um certo consenso entre visões diferentes para o mesmo processo. A tarefa de elaboração de um currículo seria o mo-

mento apropriado para discussões, por exemplo, acerca do peso da diversidade sexual nas campanhas, tendo em vista que a diversidade sexual precisa ser assumida e valorizada na prevenção à AIDS, e isso representa uma atitude profundamente política que precisa ser tomada. Se identificamos que os jovens gays são vulneráveis à AIDS pela idade, orientação sexual e classe social, então de alguma forma o currículo de uma campanha de prevenção tem que falar nisso. Ainda mais que falar em prevenção é falar em futuro, pois toda educação visa ao futuro, seu acento principal não é no sentido de corrigir uma situação presente, embora isso sempre ocorra, mas no sentido de construir um futuro para o indivíduo.

Fontes para o estabelecimento de um Projeto Político Pedagógico em Prevenção

A partir da leitura de algumas obras de Paulo Freire, e de alguns artigos de seu principal comentador atual, Moacir Gadotti, vamos esboçar aqueles elementos de suas idéias que podem auxiliar a pensar as atividades educativas de prevenção. Paulo Freire foi sempre um modelo de respeito pelo saber dos aprendentes, e de humildade frente a tarefa de aprender ou re-aprender alguma coisa. Sua concepção de educação está carregada de um sentido existencial profundo, e marcada por um otimismo crítico e uma idéia de esperança na mudança.

Uma questão presente em muitos de seus artigos e livros é: pode a educação operar mudanças? E que mudanças são essas? Das muitas respostas que ele deu a essas perguntas, nos interessa de perto a concepção de não separar o ato pedagógico do ato político, mas de não confundir-los. É nossa tarefa explicitar a pedagogia de cada ação política, e ao mesmo tempo explicitar o conteúdo político de cada ato pedagógico. Na luta pela transformação de algo na sociedade, a educação, concebida como ato necessariamente político, apresenta um grande potencial. Pensando a partir das idéias de Paulo Freire, podemos dizer que temos que instaurar nas campanhas de prevenção um diálogo que não pode excluir o conflito das diferenças de posição, sejam elas de gênero, geração, classe social e econômica, etnia, religião, etc., sob pena de patrocinarmos apenas um diálogo ingênuo acerca dos temas da prevenção. Depois dos conhecimentos e experiências que Paulo Freire nos deixou, ninguém mais pode ignorar que a educação é um ato político, e que, portanto, ela está envolvida com a questão dos diferenciais de poder.

Isto se reflete na sua concepção de método de trabalho, conforme afirma Ernani Maria Fiori na apresentação do livro *Pedagogia do Oprimido*:

“O método de Paulo Freire é, fundamentalmente, um método de cultura popular: conscientiza e politiza. Não absorve o político no pedagógico, mas também não põe inimidade entre educação e política. Distingue-as, sim, mas na unidade do mesmo movimento em que o homem se historiciza e busca reencontrar-se, isto é, busca ser livre. Não tem a ingenuidade de supor que a educação, só ela,

decidirá os rumos da história, mas tem, contudo, a coragem suficiente para afirmar que a educação verdadeira conscientiza as contradições do mundo humano, sejam estruturais, super-estruturais ou inter-estruturais, contradições que impelem o homem a ir adiante. As contradições conscientizadas não lhe dão mais descanso, tornam insuportável a acomodação” (Freire, 1980: 15).

Pensando a prevenção a partir desse referencial politizador, verificamos que, da mesma forma que cada palavra geradora no método de alfabetização de Paulo Freire – a palavra ‘favela’, por exemplo – interessa menos como “possibilidade de decomposição analítica das sílabas e letras” e mais como “modo de expressão de uma situação real” de vida dos alfabetizados, também em nossas oficinas e programas de prevenção, a informação correta, acerca dos modos de transmissão do vírus ou das possibilidades de prevenção da infecção pelo HIV, interessa menos como informação em si, e mais como possibilidade de deflagrar uma “situação desafiadora”, que leva cada um a “dizer a sua palavra”, no sentido freireano de “assumir seu lugar no mundo” frente a este saber técnico. Deste modo operamos no registro da dialogicidade de que falava Paulo Freire, em que o alfabetizando se coloca “em condições de poder re-existir criticamente, as palavras de seu mundo para, na oportunidade devida, saber e poder dizer a sua palavra”. Podemos afirmar, pensando em situações de prevenção, que se trata de, na oportunidade devida, saber, dizer e adotar uma atitude de *cuidado-de-si e cuidado-dos-outros*. Pensando na formação de simples consumidores de camisinhas versus a formação de cidadãos, Paulo Freire nos ajuda quando diz que “o homem deve ser o sujeito de sua própria educação. Não pode ser o objeto dela. Por isso, ninguém educa ninguém. [...] Estamos todos nos educando. A educação tem caráter permanente” (Freire, 1981: 28). Uma atenção especial deve ser dedicada a relação entre os ensinantes e os aprendentes nas oficinas e programas de prevenção, e para isso convém não esquecer outra diretriz do pensamento freireano: “A educação autêntica, repetimos, não se faz de ‘A’ para ‘B’ ou de ‘A’ sobre ‘B’, mas de ‘A’ com ‘B’, mediatizados pelo mundo” (Freire, 1980: 98).

As teorias pós-críticas em educação, posição teórica com a qual compartilho hoje em dia, me fazem discordar de algumas concepções fundantes do pensamento de Paulo Freire, em especial a idéia de que os oprimidos são portadores da libertação, e a própria noção de libertação, que remete à concepção de falsa consciência, e a formulação dos estágios de evolução da consciência pela ação da educação, denominados por Paulo Freire de consciência mítica, ingênuo e crítica, ou, em sua linguagem mais técnica, consciência preponderantemente intransitiva, consciência predominantemente transitivo-ingênuo e consciência predominantemente transitivo-crítica. Entretanto, estas divergências de forma alguma impedem que se afirme que a direção geral do pensamento de Paulo Freire traz preciosas indicações para o sucesso dos trabalhos de prevenção.

A postura de respeito pelas afirmações e saberes dos educandos é retomada, de outra perspectiva, pela educadora

Emília Ferreiro, e também nos interessa para pensar a prevenção. Emília Ferreiro é uma pedagoga argentina, que fez seus estudos sobre alfabetização orientada por Jean Piaget. É uma educadora cujas obras e pensamento tem larga penetração no Brasil, visitando o país com frequência há diversos anos. Numerosos grupos em diversas capitais brasileiras mantêm programas de alfabetização orientados pelos pressupostos de seu trabalho, e contribuem ativamente com seus projetos de pesquisa.

Diferente do que fizemos com o pensamento de Paulo Freire, que foi tomado em sua generalidade, em um nível quase filosófico, para pensar a prevenção, aqui vamos buscar apenas algumas afirmações da autora, que podem nos auxiliar em questões de método de trabalho. A primeira delas é perceber que temos dois campos de investigação: o como se ensina e o como se aprende.

O como se ensina prevenção diz mais respeito ao trabalho de educadores, oficinairos, monitores, coordenadores de programas, elaboradores de campanhas e sua formação. O como se aprende diz mais respeito a uma posição de escuta e aprendizado que devemos ter quando frente a grupos de trabalho. Com relação a esta posição de escuta, que não deve ser entendida como uma escuta passiva ou calada, ela deve levar em conta que, conforme as palavras de Emília Ferreiro, os indivíduos se colocam problemas, constroem sistemas interpretativos, pensam, raciocinam e inventam, buscando compreender estes objetos, ao mesmo tempo sociais e culturais, que são a sexualidade e a AIDS. Desta forma, a escuta é guiada pelo interesse de que eles explicitem estes sistemas interpretativos, possam discuti-los no grupo, e confrontá-los com outros modos de interpretação. Assim, o coordenador da atividade se constrói enquanto um adulto de referência, que colabora trazendo dados, informações, opiniões, legislação, depoimentos de outros profissionais (ou eventualmente convida algum outro profissional para conversar com o grupo), etc. Aqui, parte-se do pressuposto de que os adolescentes, com relação à sexualidade, e todas as demais pessoas, com relação à AIDS, não começam a aprender sobre estes temas quando os adultos decidem, ou quando começam as campanhas. Na verdade, há sempre processos de aprendizagem em marcha, possibilitando as pessoas um contínuo “situar-se” com relação a esses temas.

Ao abordar as duas principais concepções da escrita que orientam as atividades de alfabetização, a escrita como código de transcrição ou a escrita como sistema de representação, Emília Ferreiro nos permite pensar que, se tomamos a sexualidade como transcrição daquilo que os hormônios produzem no indivíduo – posição expressa na frase *“eu não tenho medo do que vocês podem fazer, eu tenho medo dos hormônios de vocês”*, dita por uma médica em debate com adolescentes a respeito da prevenção à AIDS – o caminho para a construção de um saber sobre a prevenção não vai além da aquisição e domínio de técnicas que possam controlar estes hormônios. Por outro lado, se tomarmos a sexualidade como um complexo sistema de representação, que possibilita ao indivíduo adotar uma – e mais de uma – posição/posições de sujeito, portanto, identida-

des, vemos que a aprendizagem em educação afetivo sexual, ou a aprendizagem de modos de prevenção à AIDS é na verdade a apropriação de um novo objeto de conhecimento, ou seja, ela é uma aprendizagem conceitual. E simultaneamente política, diria Paulo Freire, pois implica novas posições do sujeito nos jogos de poder.

No pensamento dos dois educadores citados, trabalha-se sempre intervindo numa cena de vida. Daí a opção pelas oficinas, feita pela maioria das iniciativas de prevenção, pensadas como ato vivo de intervir, falar das cenas e problemas que constituem o cotidiano das populações aprendentes, que tem um sopro vivo de vida. Podemos dizer que o trabalho de Paulo Freire acentua a dimensão política que, neste, como em qualquer trabalho em educação, visa a gerar interpretações para as situações e processos pelos quais o indivíduo passa, interpretações essas que possam sustentar/subsidiar modos concretos de enfrentamento dos desafios colocados por essas situações, e especialmente pelas transformações que se exigem na vida. Voltamos a frisar, educa-se para frente, de olhos postos no futuro, levando em conta presente e passado.

Podemos pensar as conseqüências disso para a educação formal escolar. Estar na escola é a vivência de pertencimento a uma instituição na qual se apresenta um tipo de verdade. Mesmo que saibamos da relatividade das verdades, na escola o aluno toma contato com verdades produzidas num âmbito que não é o familiar. A informação aparece nas atividades escolares, e pode ou não ser apreciada como verdade científica. Isto também vale para oficinas e programas de prevenção. Mais do que saber “a coisa em si”, o indivíduo tem que tomar contato com o modo de produção daquela verdade. Infelizmente, na escola, tanto quanto nas campanhas de prevenção, deixa-se pouca margem para que o indivíduo tome contato com o modo como aquela verdade foi construída, para que ele possa estabelecer relações com os modos pelos quais ele constrói verdades. Desta forma, o sujeito que cursa a escola pode ser socializado tendo como fonte de verdade a verdade científica, mas isso pode significar pouco para ele. Da mesma forma, o sujeito que participa de atividades de formação em prevenção pode considerar as verdades científicas algo bastante distante de seu cotidiano, e, portanto, de difícil aplicação nele. Se a ênfase dos programas for a transmissão de informações, eles vão repetir o que a escola tem de mais atrasado e tradicional.

Relacionado a questão tratada acima, temos hoje uma produção de conhecimentos acerca de todos os temas que circundam a epidemia de AIDS – dentre eles vacinas, sexo mais seguro, redução de danos, adesão a tratamentos – realizada fora da academia e da ciência, e que se constitui numa fonte extremamente importante para pensar um currículo em prevenção, bem como um Projeto Político Pedagógico nesta área. Muito do conhecimento que se produziu acerca da prevenção principiou e se desenvolveu em redes sociais e comunidades na fronteira da academia. Apresentar os locais e situações de produção de conhecimentos é importante para que o indivíduo possa se perceber como próximo ou distante destas redes. Estamos defendendo, portanto,

a construção de propostas curriculares que articulem saberes produzidos em diferentes locais, por diferentes sujeitos, e que esta articulação seja feita de forma explícita.

Sugestões, modos e critérios para ações em prevenção

A partir do que foi exposto, podemos listar algumas sugestões e alertas para as atividades de prevenção, sem pretender esgotar o tema, e mais como conselhos do que como prescrição.

a) Toda atividade de prevenção, seja na forma de oficina ou campanha, deve levar em conta que existem duas formas de saber que devem ser articuladas: o saber para si, e o saber para ensinar aos outros. De preferência, devemos buscar, especialmente nas oficinas, que o indivíduo se transforme em educador.

b) Levar em conta que, no geral, as pessoas são simultaneamente mal informadas e bem informadas, não havendo nunca um juízo definitivo sobre esta questão. Partir sempre dos saberes já existentes no grupo, não só por uma questão de respeito, mas também por uma estratégia de eficiência em educação.

c) Um aspecto relevante do processo educativo, e especialmente da prevenção em AIDS, é a vinculação do indivíduo com uma instituição. Seja de modo episódico, como por ocasião de uma doação de sangue, seja por um período não muito longo, como é o caso do atendimento pré natal, seja por longos períodos, como é o caso da escola ou do local de trabalho, é amplamente desejável que o indivíduo mantenha algum vínculo com alguma instituição, o que pode oportunizar um processo educativo intenso.

d) Em cada região, em cada local, precisamos fazer a prevenção de olhos postos na epidemiologia existente. Nem sempre é fácil passar da epidemiologia à prevenção, mas é nos dados epidemiológicos e trajetórias de vida já mapeadas que podemos nos apoiar para pensar estratégias de prevenção. Que produções de conhecimento podem se gerar a partir das informações epidemiológicas acumuladas? Esta é uma questão para nortear o trabalho de prevenção.

e) Em que pese ser muitas vezes difícil para quem está orientando um trabalho de prevenção, a idéia básica é a de negociação, que se liga com as noções de autonomia, agência e política pessoal. Portanto, as oficinas são de sexo 'mais' seguro, a idéia de segurança é 'negociada', o programa é de 'redução' de danos. Ou seja, a informação que está sendo discutida na oficina ou na campanha é simultaneamente produto acabado (constatação científica, verdade biológica, técnica comprovada) e processo (referindo-se ao modo como ela 'entra' na construção identitária do indivíduo). Relacionado a isso, temos que assumir que as coisas são simultaneamente racionais e emocionais. Um dado importante é perceber que estamos mexendo nos projetos de vida das pessoas, e isto não pode ser feito por imposição.

f) Em todo artefato cultural, em todo modo de organização, há uma pedagogia embutida. Desta forma, ligado ao item anterior, importa muito saber como organizamos os momentos de aprendizagem da prevenção, especialmente se eles são momentos de diálogo, de fluxo de idéias de forma amistosa, respeitadores das diferenças, valorativos das posições assumidas, indagadores acerca de intimidades sem ser preconceituosos.

g) As atividades de caráter interdisciplinar são uma ênfase do ensino atual. A pesquisa em AIDS se caracteriza também pela colaboração entre diferentes áreas do conhecimento. Desta forma, podemos pensar atividades de prevenção em que o indivíduo tome contato com informações oriundas de diferentes áreas do conhecimento, sobre o mesmo tema ou conceito, de forma explícita.

h) Uma questão a ser resolvida, talvez não de modo excludente, mas que precisa ser pensada no encaminhamento de cada programa de prevenção, e que fica aqui apenas indicada: as campanhas devem ser centradas nas práticas, ou as campanhas devem ser centradas nas identidades?

Referências bibliográficas²

- GUMBRECHT, Hans Ulrich. 2001. *Pensamento arriscado: intelectuais como catalisadores de complexidade*. São Paulo, **Folha de São Paulo**, Caderno Mais, domingo, 24 de junho, p. 18-19.
- FERREIRO, Emília. 1985. **Reflexões sobre Alfabetização**. São Paulo: Cortez.
- FREIRE, Paulo. 1978. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- FREIRE, Paulo. 1980. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- FREIRE, Paulo. 1981. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- MENEZES, Ulpiano Bezerra de. 2000. *Educação e museus: sedução, riscos e ilusões*. **Revista Ciências e Letras**. Porto Alegre: Faculdade Portoalegrense de Educação, Ciências e Letras, n.º 27, jan./jun. p. 91-101
- SEFFNER, Fernando. 2001. *Educação afetivo-sexual*, in FILIPOUSKI, Ana M. Ribeiro & STEPHANOU, Maria. (orgs.). **Cidadania e Mundo do Trabalho**. Porto Alegre: Fundação Maurício Sirotsky Sobrinho, p. 41-65 (Projeto Talento Jovem).
- SILVA, Tomaz Tadeu. 1999. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo**. Belo Horizonte: Autêntica.

² Uma das fontes para elaboração do presente texto foram as notas tomadas durante diversos seminários de avaliação dos 20 anos de epidemia da AIDS já transcorridos, e nele se encontram presentes idéias expressas por diversos participantes destes eventos. Agradeço essa colaboração, por vezes involuntária, dos participantes, e assumo a total responsabilidade por eventuais equívocos ou divergências em minha interpretação de suas falas. Um agradecimento especial se dirige às contribuições da Profa. Vera Paiva e do Prof. José Ricardo Ayres, ambos do NEPAIDS/USP.

Interfaces entre a prevenção e a assistência às DST e AIDS na perspectiva do Sistema Único de Saúde: avaliação e crítica das ações desenvolvidas pela Coordenação Nacional de DST e Aids

Denise Doneda¹
Ivo Brito²
Denise Gandolfi³

A resposta brasileira à epidemia de AIDS tem se caracterizado pelo amplo envolvimento de diversos setores sociais, entre os quais se destacam as organizações da sociedade civil, o setor privado, os sindicatos e associações trabalhistas, os organismos sociais e, especialmente as pessoas vivendo com HIV e AIDS.

A aliança entre o governo, sociedade civil e setores privados, que puderam fazer da experiência brasileira uma das melhores do mundo, trouxe a necessária visibilidade dos direitos humanos, da cidadania e do direito ao acesso a saúde de populações extremamente vulneráveis sob a perspectiva das políticas públicas.

Nesse cenário, ainda é necessário equacionar os processos em jogo no plano econômico, onde cada vez mais prevalecem regras injustas e restritivas no plano do comércio internacional, para ressaltarmos os valores universais que fundamentam a saúde pública e a defesa dos direitos das pessoas à vida.

É na promoção e proteção à saúde que devemos inserir as ações de prevenção à AIDS. Precisamos entender a prevenção como um processo contínuo na trajetória de vida das pessoas. Em outras palavras, precisamos potencializar a prevenção institucional, contrária à culpabilização dos sujeitos, ao oferecermos, de fato, subsídios para o enfrentamento da vulnerabilidade das pessoas em geral e de determinados grupos específicos.

Desta forma, qualificar as ações de prevenção às DST/AIDS faz-se imperativo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os aspectos técnicos e de financiamento têm que estar garantidos para que, vencidas estas etapas,

possamos ampliar parcerias na sociedade e, conseqüentemente, diluir o preconceito e a resistência ao atendimento de tantas populações que encontram-se marginalizadas.

Portanto, a separação entre prevenção e assistência não tem consistência teórica e prática no campo da saúde pública. Mais investimento em prevenção não significa necessariamente resultados efetivos, se não houver condições suficientes para realização do diagnóstico e prevenção secundária das doenças oportunistas.

Mais investimento em assistência em detrimento da prevenção tem conseqüências graves do ponto de vista político, econômico e epidemiológico. É necessário se ater a uma posição e a uma visão da saúde que a conceba de forma integral, equânime e justa.

O Programa Brasileiro de DST e AIDS adotou nesses anos uma política de saúde, que vincula e une em um só propósito prevenção e assistência no combate à epidemia, atentos aos princípios do SUS, e às possibilidades de inserção do nosso tema no mesmo.

Vamos analisar as diretrizes técnicas e políticas adotadas pelo Programa Brasileiro a partir dos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde: a universalidade e a equidade, a integralidade, a participação e o controle social e a descentralização.

A análise aqui proposta objetiva a uma avaliação crítica das ações de prevenção e de assistência da AIDS inseridas no modelo em curso, o SUS, regido pelos 5 princípios acima apontados, bem como nos remeter a uma avaliação, a partir de nossa prática, do conjunto de novas questões que tentam solucionar esse modelo.

Ou seja, no plano prático, o SUS propõe a atenção básica, a passagem da prevenção para a promoção à saúde e a territorialização (cidades pólos, NOAS, pactuações entre os estados, entre outras) como saídas

¹ Psicóloga, assessora técnica responsável pela Unidade de Prevenção da Coordenação Nacional de DST e Aids da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

² Sociólogo, assessor técnico da Unidade de Prevenção da Coordenação Nacional de DST e Aids da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

³ Assistente Social, assessora técnica da Unidade de Prevenção da Coordenação Nacional de DST e Aids da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

estratégicas para implantação de modelos que possibilitem respostas à prevenção e o acesso de segmentos excluídos pelo sistema em curso, além de refletir uma concepção sanitária que, em promovendo a saúde, reorganizará seus serviços.

O Programa Brasileiro de DST e AIDS, por meio da política adotada, promoveu a estabilização da tendência de crescimento da epidemia em diferentes segmentos da população, reduziu a mortalidade e muitas pessoas puderam retomar sua vida profissional e social.

Desta forma, demos visibilidade ao **paradigma de doentes portadores de direitos para novos cidadãos merecedores de direitos e exercício pleno da cidadania**.

O acerto dessa política é ainda expresso nos resultados alcançados pela política brasileira em diferentes áreas e setores. Reduziu-se as taxas de mortalidade, melhoras significativas na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS são visíveis e mudanças comportamentais já são percebidas.

Além disso, o coeficiente de mortalidade por AIDS no país, nos últimos 04 anos, reduziu em 50%. Nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, onde se concentra a maior parte da epidemia, esta redução foi de aproximadamente 70%. Este resultado tem sido possível porque o Brasil garante a todas as pessoas vivendo com HIV o acesso à terapia anti-retroviral. Atualmente são 100 mil pacientes em uso de anti-retrovirais no país e, ao final de 2001, estima-se que cerca de 115 mil pacientes estejam sendo atendidos pelo sistema de distribuição.

Os resultados não se limitam a redução da mortalidade. Entre os anos de 1997 e 2000, reduziu-se a prevalência de infecções oportunistas e 234 mil internações foram evitadas, significando uma economia ao país de cerca de 711 milhões de dólares em assistência médica.

No âmbito da prevenção, poderíamos citar várias experiências bem sucedidas e a conseqüente relação custo-eficácia das mesmas. Como é o exemplo da estratégia de redução de danos, que deu visibilidade aos usuários de drogas, historicamente acessados pelas instituições de repressão, e que passam a ter o direito à informação, o acesso a bens e serviços, com ênfase nos serviços de saúde e de DST/AIDS, assim como conquistam o direito à sua organização e mobilização. E como é o exemplo do movimento gay que, organizando-se para o controle de uma doença, apoderam-se de seus direitos e promovem mudanças legislativas importantes para o resgate da liberdade e dos direitos humanos. Apesar desses avanços, muito ainda deve ser feito para uma mudança radical dos preconceitos ainda vigentes.

Neste sentido, o trabalho focalizado na participação cidadã e no fortalecimento de grupos sociais específicos mais vulneráveis e/ou em situação de risco, garante a plena participação nas instâncias de decisão das políticas de **prevenção e assistência** e a melhoria da qualidade de vida, em particular das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Essas estratégias discutem e propõem políticas com a participação direta de portadores do HIV, de usuários de drogas injetáveis (UDI), de profissionais do sexo, de travestis,

de adolescentes, e tantos outros segmentos populacionais aqui representados.

É na prática da garantia dos direitos das pessoas que vivem com o HIV/AIDS, bem como no empoderamento de segmentos historicamente discriminados, que o poder público vem contando com a parceria da sociedade civil.

Devemos destacar ainda a **intersetorialidade** das políticas e ações de prevenção com outras áreas do governo e do setor privado, visando uma resposta de conjunto para o enfrentamento da epidemia. Hoje, após inúmeras articulações, podemos afirmar que DST/AIDS é um tema transversal em vários programas de saúde tais como: tuberculose, saúde da mulher, saúde da família, saúde mental, entre outros. O grande desafio é institucionalizarmos ações pontuais para que sejam sistematizadas enquanto diretrizes de atendimento à saúde.

E, finalmente, a **garantia e o acesso a insumos de prevenção e ao diagnóstico do HIV** que, implementados como um direito público, promovem e revertem as expectativas pessimistas do início dos anos 90, posto que, dos 1,2 milhões de casos projetados para o ano 2.000, temos aproximadamente 540 mil pessoas infectadas, significando, assim, mais de 600 mil infecções evitadas. As taxas de infecção têm demonstrado tendência de declínio, como as observadas em estudos sentinelas realizados entre os anos de 1997 e 1999, nas populações de clínicas de DST e serviços de pronto-socorro. Nas clínicas de DST, a taxa de prevalência reduziu de 6,92% para 4,71% e nos serviços de pronto-socorro de 6,09 para 3,77.

Essa política se traduz em resultados efetivos no campo da prevenção, como podemos observar em relação à adoção de práticas sexuais seguras entre jovens brasileiros (68,8 milhões de jovens - representa 41% da população total): 44% dos jovens brasileiros, na faixa etária de 16 a 25 anos, referem o uso consistente do preservativo na última relação sexual nos últimos doze meses; 42% referem uso do preservativo com parceiro fixo e 57% referem o uso consistente em atividades sexuais pagas. O mesmo observa-se com o uso de preservativos entre UDI vinculados a projetos de redução de danos em todas as relações (= 50%) e entre profissionais do sexo com clientes (= 80%).

Neste sentido, definimos nossas prioridades de ações tendo em vista o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma pessoa ou população frente a uma determinada doença, condição ou dano. Ou seja, avaliamos nossas diretrizes segundo a vulnerabilidade das populações alvo de nossas ações, tendo em vista as diferentes ocorrências de comportamento de risco e maior ou menor vulnerabilidade.

Contudo, a **falta de acesso a ações e serviços de saúde e educação** é considerada um fator "programático" de ampliação da vulnerabilidade.

A vulnerabilidade pode agregar diversas dimensões: a individual, que se relaciona aos comportamentos adotados pelo indivíduo e que pode favorecer oportunidade de se infectar, como, por exemplo, o não uso do preservativo; a social, que implica questões econômicas e sociais que influen-

ciam o aumento da violência sexual, prostituição e tráfico de drogas; a institucional, que se relaciona à ausência de políticas públicas que tenham por objetivo o controle da epidemia em populações e/ou localidades.

E justamente por avaliarmos e dirigirmos nossas ações a partir dessas considerações, que podemos afirmar que, diferentemente de outras áreas mais institucionalizadas no SUS, temos uma grande e rica experiência não só no campo do sujeito, mas de práticas de prevenção tais como a redução de danos, comunicação e saúde, direitos humanos, educação entre pares e aconselhamento e de práticas de assistência, organizados em modelos assistenciais diferenciados, tais como a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), Hospital-Dia (HD), grupos de adesão ao tratamento, e propostas de atenção a populações excluídas.

O repasse dessa tecnologia aos serviços de atenção básica é fundamental se pretendemos antecipar a epidemia, isto é, poder, o mais precocemente possível, dimensionar a nossa epidemia e, conseqüentemente, os investimentos e recursos necessários.

A atual organização da saúde pública, notadamente voltada para a assistência, reflete uma atenção calcada em um modelo técnico-hegemônico, que determina sua estratégia a partir da doença, do biológico e do modelo médico, e limita a prevenção às práticas de promoção à saúde, que não refletem a subjetividade, as identidades compartilhadas e o acolhimento. Isto coloca os atores do campo da AIDS em um lugar privilegiado, que permite um olhar crítico das ações desenvolvidas, a partir das limitações institucionais da área da saúde.

Se, por um lado, a prevenção age em cima de um evento que ainda não aconteceu, e a assistência em cima de um fato consumado, as ações de prevenção às DST/AIDS necessitam antecipações e ações inseridas em processo e com modelos de assistência que integrem a garantia dos direitos humanos e o acolhimento de populações vulneráveis e que mantêm comportamentos de alto risco para a infecção do HIV.

Portanto, investir em assistência implica em maior vínculo das pessoas aos serviços, diminui a carga de preconceito, aumenta a responsabilidade social em relação a epidemia, possibilita maior adesão ao diagnóstico e tratamento, cria espaços de acolhimento e orienta os profissionais de saúde para uma postura mais humana e de qualidade, rompendo com a cadeia de transmissão.

O repasse da tecnologia da AIDS aos serviços de atenção básica é fundamental se pretendemos antecipar a epidemia, isto é, podermos o mais precocemente possível dimensionar a nossa epidemia e, conseqüentemente, os investimentos e recursos necessários. Outra grande contribuição, tanto para modelos de intervenção no âmbito da atenção básica, bem como em propostas de reorganização de serviços reside no trabalho realizado por pares, desenvolvidos por organizações que trabalham com usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, prisioneiros, entre outros, resgatando a importância da população excluída como atores do processo de construção e repasse de conhecimentos.

Cabe ressaltar a necessidade de formação contínua de lideranças e organizações que introduzam em suas agendas o tema DST/AIDS, sensibilizem-se para as questões sociais, políticas, econômicas, educacionais e jurídicas trazidas pela epidemia, bem como, articuladamente, representantes institucionais e da sociedade civil integrem **os mecanismos de controle social do SUS**, a saber, conselhos municipais, estaduais e federal de saúde, que constituem-se legalmente como as instâncias máximas decisórias em cada um de seus âmbitos.

Precisamos criar parâmetros para melhor avaliarmos o impacto das ações de prevenção, e sua conseqüente articulação sobretudo com a rede de atenção básica garantindo desta forma sua sustentabilidade e o próprio re-direcionamento da política nacional, apontando aos gestores, com qualidade, as estratégias necessárias para a permanente descentralização desta política e a conseqüente instrumentalização dos diversos setores da saúde, educação, justiça, entre tantos, bem como os representantes da sociedade civil e do setor privado para a continuidade do nosso dia-a-dia, a saber, o resgate da dignidade humana em tempos de AIDS.

Prevenção à AIDS: Limites e Possibilidades na Terceira Década

LOCAL: FORTALEZA/ CE
DATA: 09 E 10 DE AGOSTO DE 2001

► 9 de Agosto (quinta-feira)

09:00-09:30 Abertura:

Richard Parker (ABIA)

09:30-12:30 Prevenção e promoção da saúde: desafios conceituais para uma renovação das práticas

Coordenadora: Telma Martins (PE – DST/AIDS – CE)

Expositor: José Ricardo Ayres (USP/NEPAIDS)

Debatedores: Ivo Brito (CN - DST/AIDS)

Karen Bruck (GAPA/RS)

Magnólia Said (ESPLAR e Rede Brasil)

12:30-14:00 Almoço

14:00-17:30 Modelos de Intervenção

Coordenador: Orlaneudo Lima (GRAB/CE)

Expositores: Edgar Hamann (UnB)

Fábio Mesquita (Pref. Municipal de São Paulo)

Mirtha Sudbrack (Pref. Municipal de Porto Alegre)

Debatedor: Fernando Seffner (UFRGS)

17:30-18:30 Lançamento do Vídeo Documentário: Ceará em Cena pela Vida, do Instituto de Saúde e Desenvolvimento Social (ISDS)

► 10 de Agosto (sexta-feira)

09:00-13:00 Aprendendo com as experiências

Coordenador: Alexandre Böer (GAPA/RS)

Expositores: Adele Benzaken (Instituto Alfredo da Matta/AM)

Domiciano Siqueira (ABORDA/SP)

Márcia Araújo (Grupo Aliança e Luz/CE)

Ranulfo Cardoso (CN-DST/AIDS)

Rogério Gondim (GAPA/CE)

Debatedora: Mary Jane Spink (PUC/SP)

13:00-14:00 Almoço

14:00-15:30 Capacitação para prevenção

Coordenadora: Cássia Buchala (USP/NEPAIDS)

Expositores: Tati Andrade (ISDS)

José Araújo Lima Filho (GIV/SP)

Mário Ângelo Silva (CN DST/AIDS)

Debatedor: Jorge Lyra (Programa PAPAI/PE)

15:30-16:00 Intervalo

16:00-18:00 Interfaces entre prevenção e assistência

Coordenador: Carlos Passarelli (ABIA/RJ)

Expositores: Francisco Pedrosa (GRAB/CE)

Paulo R. Teixeira (CN-DST/AIDS)

Vera Paiva (USP/NEPAIDS)

Debatedor: Ruben Mattos (IMS/ABIA/RJ)

Lista de Participantes

NOME	INSTITUIÇÃO	E-MAIL
Adéle Benzaken	IDSAM/AM	adele@argo.com.br
Alexandre Böer	GAPA/RS	alexboer.ez@terra.com.br
Carlos Passarelli	ABIA	passarelli@abiaids.org.br
Cássia Buchala	NEPAIDS/USP	cmbuchal@usp.br
Cristina Albuquerque	ABIA	calbuquerque@abiaids.org.br
Cristina Pimenta	CN DST/AIDS	cpimenta@olimpo.com.br
Denise Doneda	CN DST/AIDS	doneda@AIDS.gov.br
Domiciano Siqueira	ABORDA	domicianos@hotmail.com
Dráurio Barreira	CN DST/AIDS	draurio@AIDS.gov.br
Edgar Hamann	UnB	hamann@unb.br
Fábio Mesquita	PM DST/AIDS SP	mesquitaberkeley@hotmail.com
Felipe Rios	ABIA	fipo@bol.com.br
Fernando Seffner	UFGRS	seffner@orion.ufrgs.br; seffner@edu.ufrgs.br
Francisco Pedrosa	GRAB	grab@brhs.com.br
Gilvani Grangeiro	ISDS	isds@secrel.com.br
Glenn Sessions	USAID	gsessions@usaid.gov
Ivo Brito	CN DST/AIDS	ivo@AIDS.gov.br
Jorge Lyra	PAPAI/PE	jlyra@hotlink.com.br
José Araújo Lima Filho	GIV/SP	jaraujo@osite.com.br
José Ricardo Ayres	FMUSP e NEPAIDS	jrcaires@usp.br
Karen Bruck de Freitas	GAPA/RS	karen@ifch.ufrgs.br
Lígia Pontes	UFCE	Ligia@fortalnet.com.br; ligia@ufc.br
Mª do Carmo Sales Monteiro	PE DST/AIDS – SP	mcarmo@crt.saude.sp.gov.br
Magaly Marques	MacArthur Foudation	mmarques@macfound.org.br
Magnólia Said	ESPLAR e Rede Brasil	esplar@aboutdots.net
Márcia Araújo	Grupo Aliança e Luz	macm@fortalnet.com.br
Mário Ângelo Silva	CN DST/AIDS	marios@AIDS.gov.br
Mary Jane Spink	PUC/SP	mjspink@puccsp.br
Mirtha Sudbrack	PM DST/AIDS POA	mirtha@gd4.prefpoa.com.br
Orlaneudo Lima	GRAB	grab@brhs.com.br
Paulo Roberto Teixeira	CN DST/AIDS	pteixeira@AIDS.gov.br
Ranulfo Cardoso	CN DST/AIDS	ranulfo@AIDS.gov.br
Richard Parker	ABIA	Rparker131@aol.com
Rogério Gondim	GAPA/CE	rgondim@vento.com.br
Ruben Mattos	IMS/ABIA	rubenm@uol.com.br
Telma Martins	PE DST/AIDS CE	telmaa@saude.ce.gov.br
Vagner de Almeida	ABIA	vavabrazil@abiaids.org.br
Vera Paiva	NEPAIDS/USP	vero@usp.br
William Siqueira Peres	UNESP	wiliam_siqueira@uol.com.br
Wilma Ferraz	ABIA	wilma@abiaids.org.br

Realização

ABIA

Organização:

ABIA- Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

GAPA/CE- Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS

GRAB/CE- Grupo de Resistência Asa Branca

UFCE- Universidade Federal do Ceará

SES/CE- Secretaria Estadual de Saúde do Ceará

Apoio

