



O Brasil e os desafios frente à propriedade intelectual Pág. 6

Cartografia da Pegação: estratégias de prevenção
no RS..... Pág. 8

Estado, pobreza, desigualdades e AIDS..... Pág. 2



Ao longo da história moderna, é possível perceber um elo indissociável entre pauperismo, problemas de saúde pública e modelos de intervenção estatal. Isso fica mais claro ao analisarmos os registros e inventários médicos produzidos por sanitaristas e planejadores urbanos, que se tornaram importantes parâmetros para a formulação de políticas públicas de proteção social.

Pobreza, desigualdades sociais e AIDS: tendências e perspectivas de intervenção pública

Por **Rosana Magalhães**, pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, **Vitória Vellozo**, sanitarista da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e **Betina Durov**, coordenadora do Programa de Doenças Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Na América Latina, desde o século XVIII, pesquisadores, políticos e reformadores realizaram diversos estudos sobre as condições de vida e saúde, visando dimensionar o social e compreender suas interfaces e correlações com o processo de saúde e doença. No entanto, somente nos últimos 30 anos surge um esforço mais sistemático no sentido de ampliar o conceito de saúde e construir novos rumos para a intervenção pública.

Vários estudos realizados nas últimas décadas têm consolidado a relação entre a dinâmica socioeconômica e cultural dos grupos sociais e os diferentes perfis de saúde. Nesse sentido, há um razoável consenso em torno da prevalência de determinados agravos à saúde entre os grupos socialmente mais vulneráveis.

Dessa forma, nas últimas décadas, o debate sobre a intervenção pública em torno da saúde e das condições de vida da população teve o mérito de relativizar o impacto do dinamismo econômico e do aumento da produtividade na redução dos níveis de pobreza. Por isso, a intervenção do Estado e o processo de desenvolvimento devem estar orientados para a ampliação das capacidades humanas básicas e promoção de formas genuínas de liberdade, cidadania e justiça. Essa é, portanto, a perspectiva mais consistente em direção à saúde.

Redefinindo o público e o privado

Nesse novo enfoque, o *empowerment*, a liberdade de participar em decisões políticas, o fortalecimento das redes de apoio social e a reconfiguração das parcerias entre agentes locais são combinados às novas formas de gestão do ecossistema e das condições de trabalho, educação e geração de renda. Trata-se, assim, de redefinir as relações entre público e privado na sociedade brasileira.

Apesar das inovações formalizadas na Constituição de 1988 apontarem para um investimento real em mudanças na cultura política brasileira, a sociedade ainda enfrenta o desafio de lidar com seus conflitos sem a exclusão daqueles que demandam direitos. Desse modo, é preciso estar atento para o fato de que o perfil de intervenção social brasileiro encontra suas origens num contexto, quase sempre, autoritário e atrelado ao desenvolvimento de um sistema produtivo concentrador de renda e gerador de grandes desigualdades. Ao mesmo tempo, são negados os conflitos e são forçadas as alternativas para lidar com os abismos sociais vivenciados no dia-a-dia como o “jeitinho brasileiro”, a “malandragem” e o “você sabe com quem está falando?”.

Nos anos 1990, crescem os impasses ligados a essa dinâmica sociocultural, em virtude da força dos argumentos em torno da necessidade de conter o déficit público e impedir a volta da inflação. Apesar disso, a política pública no Brasil, a partir de 1995, adquire novos e complexos contornos. Nesse novo ciclo reformista no campo social, tornam-se mais tensas as tentativas de conciliação dos objetivos macroeconômicos da estabilização com as metas sociais voltadas para a melhoria da eficiência e da equidade. Novas formas de financiamento e gerenciamento das ações também são implementadas e, nesse cenário, novas respostas institucionais aos problemas da saúde, da pobreza e da desigualdade social passam a ser formuladas.

Um aspecto fundamental do processo de construção de novas propostas e diretrizes para o enfrentamento da AIDS no Brasil é o posicionamento da sociedade brasileira, via ONGs, dando voz a demandas em defesa dos direitos dos portadores de HIV/AIDS. A questão remete, diretamente à capacidade da sociedade civil, no con-

texto democrático, de exercer controle social sobre a implantação, a gestão e a execução das políticas públicas.

Frente a esse quadro, participação, controle social e parceria se constituem em mecanismos importantes para a prática democrática participativa, e são fatores capazes de fortalecer as condições para que os cidadãos, através de órgãos representativos da sociedade civil, participem das decisões do Estado, que afetam as suas vidas. Esses elementos, embora não plenamente consolidados, têm sido extremamente relevantes no desenho da resposta nacional ao HIV/AIDS.

Mobilização coletiva

A crise social agudizada na década de 1990 colocou em discussão as possibilidades e limites das ações centralizadas na esfera do Estado. À medida que a pobreza não existe de uma forma unívoca, mas, ao contrário, multifacetada conforme as regiões e os diferentes segmentos e grupos sociais, as soluções para os problemas de saúde passam a impor reinvenção e negociação em fóruns diversos, capazes de mobilizar atores coletivos e demandas plurais.

Assim, é possível afirmar que a abertura democrática pôs em evidência e, certamente, estimulou a formação de uma legião de formas associativas e instâncias de cooperação social. As associações voluntárias e entidades não-governamentais também têm demonstrado, em muitos momentos, uma poderosa eficácia social. Nesse sentido, embora as trajetórias e identidades dessas entidades possam ser menos previsíveis, sua importância é fundamental para o fortalecimento da esfera pública e para a construção de soluções conjuntas para os problemas da pobreza, das desigualdades sociais e do avanço da AIDS.

Na perspectiva de reordenamento institucional e redefinição de saberes e competências, visando garantir uma resposta multidimensional e dinâmica aos desafios ligados ao campo da saúde, o intercâmbio e a interação entre instituições públicas, privadas, ONGs e grupos voluntários são identificados como processos prioritários para a efetividade do compromisso com a construção de ambientes saudáveis. Frente à complexidade dos problemas de saúde atuais e ao crescimento das desigualdades, novas alianças e consensos devem ser criados buscando garantir, assim, “o aprendizado compartilhado”.

As metamorfoses da epidemia de AIDS e a “vulnerabilidade diferencial” verificada entre as mulheres e grupos de menor escolaridade, por exemplo,

recolocam a necessidade de romper com a perspectiva individualizante sobre o processo de saúde e doença. O novo panorama da epidemia de AIDS no Brasil mostra, de maneira emblemática, a importância da implementação de ações no campo da política de saúde articuladas a estratégias de redução das desigualdades sociais.

Como ilumina o conceito de vulnerabilidade diferencial, os grupos sociais não estão expostos homogeneamente aos chamados “fatores de risco” à saúde e, também, não apresentam as mesmas condições biológicas e sociais de enfrentar as doenças. Assim, intervenções unilaterais e isoladas devem ser substituídas por ações articuladas e voltadas à melhoria das condições de vida.

No mundo em desenvolvimento, onde se localizam 95% dos casos de AIDS, a interação da pobreza com a epidemia é evidente. A infecção pelo HIV/AIDS acompanha e tem sua expansão favorecida pela pobreza, e, por sua vez, contribui para a manutenção de um circuito perverso de privação material e simbólica. Nesse ciclo, a desigualdade tem um papel preponderante e nos diz respeito diretamente ao colocar em risco os avanços obtidos até o momento. Dessa forma, Estado, fóruns voltados ao desenvolvimento social e sustentável, organizações feministas, grupos de defesa de direitos humanos, entidades religiosas, movimentos de homossexuais e profissionais do sexo, associações civis e ONGs devem construir estratégias conjuntas com lideranças, gestores públicos, famílias e agentes comunitários.

A constituição de redes sociais de apoio aos programas e projetos tende a conferir maior eficácia às ações. O estímulo à construção de novas parcerias e novos fluxos institucionais pode, assim, garantir impactos substanciais não só nos indicadores epidemiológicos, mas, sobretudo, nos processos de *empowerment*, diminuição da pobreza e ampliação do capital cultural e social. Na verdade, o desafio não é apenas construir uma alternativa de intervenção do Estado para o enfrentamento da epidemia. O desafio é construir uma gestão social integrada capaz de garantir sustentabilidade a um novo modelo de intervenção pública no campo da saúde, mais flexível, coletivo e voltado à garantia da equidade.

Os conflitos são negados e alternativas são forjadas para lidar com os abismos sociais vivenciados no dia-a-dia como o 'jeitinho brasileiro', a 'malandragem' e o 'você sabe com quem está falando?'.

Trechos extraídos de “Divulgação em Saúde para Debate: AIDS, o cotidiano de uma epidemia - saberes locais criando respostas globais” (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde)



Prevenção: do estigma e discriminação aos direitos humanos e à organização comunitária



Reverendo a história da resposta à epidemia de AIDS no País, verificamos importantes avanços nas áreas de pesquisas sociais e da sexualidade, no desenvolvimento e aplicação de tecnologias de diagnóstico e tratamento, na prevenção da transmissão vertical (da mãe para o bebê), nas conquistas do movimento social e na implementação de políticas de saúde e de proteção social. Nessa perspectiva, é possível também fazer algumas afirmações com relação ao avanço e aprendizado no que se refere à implementação de políticas e estratégias de prevenção da infecção pelo HIV por via de transmissão sexual e pelo compartilhamento de equipamentos de uso de drogas e substâncias injetáveis, bem como da proteção e melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem e convivem com o HIV/AIDS.

Ao rever as abordagens de prevenção utilizadas nas últimas décadas, nos damos conta de que houve um desenvolvimento histórico dos paradigmas de prevenção. Nos anos 1980 e início da década de 1990, esses paradigmas tinham como base a visão essencialista e comportamentalista da sexualidade, que gerou abordagens individualistas e de princípios de conhecimentos que foram modificados à medida que suas limitações de aplicação e capacidade de gerar resultados foram se concretizando. Nesse caso, o enfoque permanecia no fornecimento de informações corretas sobre o HIV/AIDS, e a responsabilidade de mudar condutas e de se proteger recaía sobre o indivíduo. Por outro lado, o estudo e a reflexão de profissionais de saúde e de pesquisadores sociais nas áreas da construção social da sexualidade, das teorias de aprendizado e ação social, das pedagogias de educação e de mobilização social, e dos direitos humanos, nos anos 1990, trouxeram contribuições fundamentais para a construção de novos modelos de intervenções estruturais, culturais e comunitárias¹.

Por **Cristina Pimenta**, coordenadora-geral da ABIA

Transformação

Passando pelos conceitos de risco e responsabilidade individual para o de vulnerabilidade social e para a conceituação das dimensões e dinâmicas sociais da infecção pelo HIV, vemos que houve uma transformação fundamental nos modelos que formaram e orientaram as respostas à epidemia no País e no mundo nas últimas duas décadas. Transformação esta relativa às noções de educação sobre AIDS, de modelos individualistas e impulsionados pela informação para modelos mais multidimensionais de conscientização coletiva e mobilização comunitária como estratégias potencialmente mais efetivas, objetivando produzir respostas de longo prazo, porém mais resistentes e duradouras.

Sabemos, hoje, que mudanças de valores sobre sexualidade, comportamentos sexuais e de uso de drogas, direitos sexuais e equidade de gênero, por exemplo, não ocorrem simplesmente como resultado direto de intervenções técnicas, baseadas na tradição da psicologia individual ou de campanhas de mídia. São fruto de processos e relações sociais construídas ao longo do tempo, influenciadas por movimentos sociais de mulheres e homens, homossexuais masculinos e femininos, e do trabalho de sensibilização e educação participativa desenvolvida durante anos no nível comunitário, fortalecidas por grupos sociais e por políticas públicas de saúde.

Reconhecemos, também, que, para podermos avançar e ser mais eficazes no trabalho de prevenção, faz-se necessário construir um modelo de prevenção que integre diversos níveis e conceitos. Ou seja, trabalhar as diversas dimensões de vulnerabilidade (individual, social e programática), através de propostas de intervenções estruturais e culturais que levem em consideração o sujeito e seus pares em seu ambiente social e coletivo, porém, que também considerem o sujeito no seu nível individual, dono de histórias pessoais próprias.

Após tantos anos de experiência e luta, vimos a construção de um paradigma que permitiu a integração do trabalho de prevenção nos níveis individual, social e

estrutural, com base em conceitos de construção social da sexualidade, de influência social e “empoderamento” coletivo, implementado por meio de abordagens pedagógicas. Essas abordagens estimulam o pensamento crítico e de metodologias participativas e de mobilização comunitária, permitindo o desenvolvimento de uma comunidade capaz de gerar suas próprias respostas para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. Porém, esse novo paradigma enfrenta agora a pobreza.

Metodologia participativa

Percebemos que a metodologia participativa de trabalho, quando utilizada para a promoção da saúde e prevenção das DSTs e do HIV/AIDS, torna-se uma abordagem que facilita e apóia o desenvolvimento do capital social local, numa perspectiva que trabalha o conjunto de fatores sociais, culturais, étnicos e econômicos com base nos princípios de redes sociais e de cidadania. Essa metodologia permite atacar o conjunto de fatores estruturais de exclusão social que, associados à desigualdade do poder de gênero e de idade, à violência e à discriminação sexual, à desintegração social causada pelo tráfico de drogas, à falta de acesso aos serviços e a equipamentos de saúde, e aos insumos de prevenção interagem e em sinergia geram fatores de vulnerabilidade específicos ao HIV/AIDS.

Na prática, a participação e a mobilização que caracterizam principalmente a resposta do setor comunitário à epidemia de AIDS e que demonstram possibilidades reais de desenvolver ações qualificadas e possíveis de conectar com as vivências do indivíduo em seu contexto social apresentam características comuns. Em primeiro lugar, as intervenções comunitárias e de educação participativa dão oportunidade às pessoas em geral e aos jovens em específico de identificar e refletir sobre suas situações de vida, gerar respostas e alternativas, e tomar decisões para mudar seus comportamentos em negociações com seus pares e suas redes sociais, a partir de suas próprias vivências e realidades locais, ou seja, a partir de seus próprios roteiros sociais e sexuais.

Em segundo lugar, as ações de mobilização comunitária aumentam o senso de eficácia percebida pelos membros do grupo e da comunidade e fortalecem a autoestima e a confiança das pessoas (“empoderamento”), fazendo com que se sintam cidadãos participativos e capazes de gerar alternativas de vivência e de melhorar a qualidade de vida de suas comunidades. Nesse sentido, cabe ressaltar que as políticas de saúde têm um papel fundamental na mobilização e fortalecimento da democracia, na participação da sociedade civil como ator na construção da cidadania e na luta pela equidade, pela inclusão e contra as desigualdades determinadas por idade, gênero, orientação sexual, etnia ou cor, por

condição econômica ou classe social e por localização geográfica.

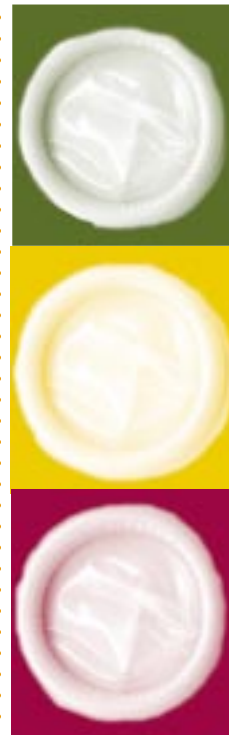
Ponto de partida para a prevenção

Verificamos, ainda, a importância da incorporação dos direitos humanos para trabalhar a prevenção ao HIV como um ponto de partida para as tentativas de prevenção. Direitos humanos relacionados aos direitos sexuais, aos direitos dos portadores de HIV, aos direitos das crianças e dos adolescentes à educação, à prevenção e à proteção, aos direitos de livre expressão, de ir e vir, e aos direitos de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos como fundamentais para o exercício da cidadania plena.

Além disso, as propostas de intervenção político-sociais e de mobilização comunitária demonstraram que, ao trabalhar a melhoria das condições sociais e estruturais da comunidade, torna-se possível criar condições de respeito pelos direitos humanos para o exercício da cidadania, reduzindo os fatores sociais e estruturais de vulnerabilidade que afetam as escolhas, desejos e possibilidades de vivência sexual e sociais de jovens e adultos. Podemos dizer, então, que a “ciência” da prevenção às DSTs e ao HIV que norteia os novos paradigmas está muito menos embasada na capacidade de utilizarmos “técnicas” apropriadas para a intervenção² - em que especialistas identificam os problemas e trazem soluções prontas em seus discursos de responsabilidade individual para alcançar mudanças de comportamento (como presenciado nas décadas de 1980 e 90) - e muito mais nos processos participativos que promovem o envolvimento e a crítica das complexas forças culturais e sociais que afetam as vidas das pessoas e de suas comunidades. Processos estes que têm como princípio a mobilização social e a responsabilidade coletiva na identificação de problemas e na geração de respostas ao enfrentamento da epidemia.

Os novos paradigmas de prevenção partem do princípio do diálogo, da participação e de respeito pela capacidade do sujeito de tomar decisões com base na sua visão e vivência. Desse modo, o trabalho com HIV/AIDS irá se conectar mais intimamente aos objetivos mais amplos de promoção dos direitos humanos e da cidadania.

Para tanto, salientamos que as propostas de trabalho preventivo devem facilitar ou criar ambientes facilitadores de crescimento e intercâmbio para o aprendizado, na perspectiva de uma educação entre iguais, de negociações e relações conscientes dentro do contexto cultural, e de normas sociais de gênero e da vivência sexual, em que seja possível informar, refletir e discutir sobre saúde sexual e direitos humanos, e trabalhar em direção à promoção da prevenção e das práticas mais seguras com relação à infecção pelo HIV.



Notas:

¹ PIMENTA, M.C.; *Marcos Conceituais e Teorias de Intervenção ao HIV/AIDS: paradigmas de prevenção entre jovens*. 2004. 138f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

² AGGLETON, P. *Educação para a Prevenção*. Trabalho apresentado no 7º. EDUCAIDS. São Paulo: APTA – Associação para Prevenção e Tratamento da AIDS, 2003.



Lutando para ampliar o acesso a medicamentos essenciais

Assessor de projetos da ABIA, Carlos André Passarelli coordena o Grupo de Trabalho em Propriedade Intelectual (GTPI), da Rede Brasileira pela Integração dos Povos (Rebrip), articulação de ONGs, movimentos sociais, entidades sindicais e associações profissionais autônomas e pluralistas que atuam sobre os processos de integração regional e comércio, e são comprometidas com a construção de uma sociedade democrática, pautada em um desenvolvimento econômico, social, cultural, ético e ambientalmente sustentável. Nesta entrevista ao **Boletim ABIA**, Passarelli traça um panorama da posição brasileira em relação a questões de propriedade intelectual, explica os objetivos do GTPI e faz uma análise dos desafios enfrentados pelo grupo.

Como é o processo de fabricação de medicamentos genéricos e qual a nossa capacidade de produção?

Em relação à produção de medicamentos, o grande problema no Brasil é a dificuldade na aquisição da matéria-prima e na pesquisa de novas moléculas. No caso dos anti-retrovirais, o Brasil produz sete versões genéricas, mas depende da compra de matéria-prima. Existe uma proposta recente do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) que poderá alavancar o desenvolvimento da indústria farmacêutica local. Nesse sentido, é importante entender que o Acordo sobre Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS, em inglês), embora tenha disposições que visem à promoção do desenvolvimento tecnológico, tem sido muito mais restritivo do que promotor da transferência de tecnologia, e aumenta ainda mais o fosso entre os países desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento. Por isso, é importante pensar em estratégias que fomentem a pesquisa e o desenvolvimento, e que não se limitem simplesmente à defesa dos direitos de propriedade intelectual. Ao contrário do que as indústrias transnacionais afirmam, as patentes não significam necessariamente maior desenvolvimento e inovação tecnológica.

O prazo de adesão ao acordo TRIPS para países em desenvolvimento se encerra em 2005. Como o Brasil está se preparando para isso?

No ano que vem, países como Índia e China, que são exportadores de medicamentos genéricos e matéria-prima para a produção de remédios, terão que tomar uma posição com relação a esses produtos. Se decidirem pelo patenteamento, haverá aumento de preço e maior restrição para a produção nacional de genéricos. De qualquer modo, o desenvolvimento de novas drogas vai ficar bem mais restrito e a sustentabilidade financeira do Programa Nacional de AIDS e toda a política de medicamentos vão ficar comprometidas. É o destino do Sistema Único de Saúde (SUS) que está em jogo.

É importante que os países em desenvolvimento se utilizem imediatamente das salvaguardas previstas no TRIPS, como o licenciamento compulsório (LC) e a importação paralela, a fim de criar mecanismos legais que permitam, no futuro, o desenvolvimento de uma tecnologia nacional ou a compra de produtos que o Brasil não produz a preços razoáveis. O governo Lula facilitou a tramitação de processos de LC por meio de um decreto aprovado no ano passado, mas nada foi feito além disso. Ainda é usada a possibilidade de LC como moeda de barganha nas negociações com as companhias farmacêuticas internacionais, porém, ainda assim, a redução de preços oferecida é muito tímida diante do que poderia ser obtido caso o Brasil estivesse produzindo localmente, o que, para a maioria dos medicamentos essenciais, incluindo os anti-retrovirais, só seria possível com o licenciamento compulsório ou voluntário das patentes desses medicamentos.

A efetivação da Declaração de Doha é uma alternativa para a ampliação do acesso à saúde pública?

A Declaração de Doha, assinada em 2001 pelos países membros da Organização Mundial do Comércio (OMC), garante a primazia da saúde pública sobre os direitos de propriedade intelectual. No entanto, até hoje poucos países adotaram medidas legais que concretizassem as disposições dessa declaração. Além do decreto brasileiro que mencionei anteriormente, o Canadá aprovou, em maio deste ano, um projeto de lei que permite a exportação de versões genéricas de medicamentos essenciais para países em desenvolvimento. Em junho, Moçambique concedeu a licença compulsória de um anti-retroviral e a Malásia também está com processo de licenciamento compulsório de anti-retrovirais. Nesse sentido, tendo em vista a liderança política que o Brasil vem conquistando entre os países em desenvolvimento e a repercussão internacional do programa brasileiro de AIDS, o País já deveria ter tomado medidas mais efetivas para que a Declaração de Doha se transforme em rea-

lidade. No entanto, os acordos que os Estados Unidos estão assinando com países em desenvolvimento, como o Chile e o Marrocos, e com os países andinos e da América Central prevêem medidas chamadas de TRIPS +, nas quais é possível perceber um crescente retrocesso no que diz respeito ao acesso das populações à assistência farmacêutica. Além disso, diante das pressões dos países em desenvolvimento no âmbito da OMC, os Estados Unidos estão deslocando a discussão sobre a propriedade intelectual para a Organização Mundial de Propriedade Intelectual (OMPI), onde está sendo desenhado, com o patrocínio americano, da União Européia e do Japão, um acordo ainda mais restritivo do que o próprio TRIPS.

Qual a posição da Rebrip sobre essa questão e o que ela propõe?

A Rebrip, através do GTPI, coordenado pela ABIA desde outubro de 2003, acompanha como as questões relacionadas à propriedade intelectual vêm sendo negociadas nos acordos comerciais plurilaterais e bilaterais, e também no âmbito da OMC, que é a instância multilateral que legisla na área. Para a Rebrip, a posição dos negociadores brasileiros, tanto na Alca, como no acordo entre a União Européia e o Mercosul, tem sido correta, uma vez que tem proposto a discussão sobre TRIPS somente no âmbito da OMC. No entanto, há uma pressão dos Estados Unidos para que sejam implementadas as tais medidas chamadas de TRIPS +, o que significa uma defesa ainda maior dos direitos de propriedade intelectual em detrimento do interesse público. A União Européia, por sua vez, tem começado a insistir no patenteamento de plantas e seres vivos.

O trabalho da Rebrip tem sido o de pressionar e sensibilizar as autoridades para que o Brasil não ceda nesses pontos em troca de acesso a mercados - o que estamos conseguindo até o momento. Além disso, o GTPI abriu interlocuções no sentido de adequar o sistema brasileiro de patentes para ampliar o acesso a medicamentos

essenciais. Temos interlocução com a Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Instituto Nacional de Propriedade Intelectual (INPI). Também fizemos interlocuções com parlamentares que apresentaram projetos sobre propriedade intelectual, como os deputados Aldo Rabelo (PC do B), Roberto Gouveia (PT), Alberto Goldman (PSDB) e José Pinotti (PMDB), e com a presidente da Comissão Parlamentar de Assistência Farmacêutica, deputada Jandira Feghali (PC do B), a fim de fazer com que essas medidas propostas sejam implementadas o mais breve possível.

A importância da indústria farmacêutica nacional também foi reconhecida, à medida que pôde apresentar alternativas de pesquisa e desenvolvimento de novos produtos a preços condizentes com a realidade brasileira, aumentando a concorrência em relação aos produtos de marca. O GTPI tem adotado uma posição contrária ao patenteamento de segundo uso ou de novas formulações de produtos farmacêuticos, uma vez que não constituem inventividade e não justificam, portanto, o patenteamento. No entanto, há indícios de que o INPI não tem a mesma compreensão, favorecendo aos interesses da indústria farmacêutica transnacional contra o interesse público, o que é inadmissível quando se trata de uma agência governamental.

“ Ao contrário do que as indústrias transnacionais afirmam, as patentes não significam necessariamente maior desenvolvimento e inovação tecnológica.”



Fernando Altair Pocahy, especialista em Projetos Sociais e Culturais, mestrando em Psicologia Social e Institucional (UFRGS) e integrante do Grupo Nuances e **Henrique Caetano Nardi**, médico sanitário, doutor em Sociologia e professor de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional (UFRGS)



Este relato apresenta as reflexões sobre trabalho de pesquisa desenvolvido para um departamento municipal de ações em saúde em Novo Hamburgo, na região do Vale do Rio dos Sinos, cidade de médio porte no RS. O objetivo foi apresentar a gestores e técnicos do município estratégias para a formulação de um plano de intervenção em promoção à saúde na área de DST/AIDS, dirigido a Homens que Fazem Sexo com Homens (HSHs). Além do mapeamento de aspectos relacionados às práticas e expressões que compõem o universo de repertórios entre HSHs na cidade, os resultados da pesquisa apoiaram a construção de uma trama conceitual que produziu hipóteses sobre as formas de dominação e assujeitamento que as delinham e sua relação com ações de saúde.

Cartografias da pegação: estratégias para ações preventivas em DST/AIDS com HSHs¹

Visando formular o plano de prevenção em DST/AIDS² para HSHs, propusemo-nos problematizar as características sociais e culturais presentes em repertórios sexuais, assim como as expressões de sociabilidade possíveis para este público no contexto das práticas eróticas na cidade, em especial as de pegação³. Para tal, utilizamo-nos da pesquisa-intervenção como dispositivo de problematização e intercessão, uma vez em que a reconhecemos como estratégia de aproximação com o campo, onde “ambos – pesquisador e pesquisado, ou seja, sujeito e objeto do conhecimento – se constituem no mesmo momento, no mesmo processo (...) não ‘havendo’ determinação causal de um sobre o outro” (BARROS, 1994).

O tempo da pesquisa (cinco meses) dividiu-se entre o trabalho de campo, através de intervenções noturnas semanais e visitas domiciliares, e a organização do relatório e do plano estratégico. Essa ação se construiu por meio de observações participativas e intercessões na rua e em domicílio, de entrevistas semi-estruturadas, participação em situações da vida cotidiana e, sobretudo, de recortes de cenas da pegação, apresentadas na forma do *trottoir* e da utilização de serviços de profissionais do sexo. Também recorremos a fontes de pesquisa na literatura dedicada à temática.

A construção da análise de demanda e dos resultados

De modo algum, os resultados apresentados se pretendem definitivos. No entanto, apresentam expressões e práticas da sexualidade entre HSHs, que nos oferecem condições de problematização do campo de produção de discursividades sobre suas práticas e a imbricada relação com as políticas públicas (localizadas) de saúde. Acreditamos que seja importante, mais ainda que o trabalho de intercessão no campo, indicar os achados da cartografia⁴ dessa ação, desde a análise de sua demanda e encomenda até a sua implementação. Vale ressaltar que o pedido de consultoria fez-se através de uma

atividade pontual e bem definida: intervenção através da distribuição de preservativos nos espaços de pegação, sobretudo nos banheiros públicos da cidade – das duas praças do centro e do *shopping center*.

Assim, muito mais que o mapeamento das práticas e expressões de eroticidade na cidade, temos que levar em consideração o modo como essas nuances de sexualidade e gênero são concebidas em muitos dos serviços públicos de saúde, os quais dispõem recursos financeiros e humanos em ações que não alcançam impacto positivo, chegando mesmo a corroborar para o estabelecimento de um imaginário sobre as homossexualidades e a relação dos sujeitos com a saúde e a cidade numa perspectiva estreita de objetivação/esquadrinhamento da sexualidade (aqui HSHs) ainda hoje como prática/comportamento de risco. Sendo assim, consideramos que a intercessão maior foi a da ordem de uma desacomodação dessas concepções de saúde higienistas, morais e certamente muito afastadas de qualquer perspectiva histórico-crítica de conceitos como saúde e doença.

Portanto, era necessário problematizar e produzir novos analisadores que sustentassem as estratégias em DST/AIDS para esse público, e não intervir num campo de interatividade e sociabilidade em perspectiva de controle. Sendo assim, para os dados que serão apresentados a seguir, definiu-se como informantes-chave, no campo, as profissionais do sexo travestis, homens que circulavam pela região central da cidade à procura de parceiros sexuais do mesmo sexo ou que faziam uso de espaços virtuais como *chats* de Internet e telefônicos, e os garotos de programa.

Cartografias da (eroti)cidade

Notamos que, para além dos pontos de prostituição fixos na cidade, não haviam roteiros definidos de pegação, ao exemplo de Porto Alegre, onde determinadas ruas, saunas, salas de vídeo erótico e boates estão instituídas como espaços de eroticidade. E é a

consideração desses espaços como lugares de cidade que possibilitam a ampliação dos fazeres em saúde coletiva e, conseqüentemente, a eficácia das políticas públicas de saúde. A existência de espaços que acolhem as interatividades sexuais entre homens, na cidade em análise, são itinerantes e sazonais, especialmente ao dependerem de estabelecimentos comerciais, que quase sempre estão sujeitos a contingências de fiscalização que os levam à interdição: ou falta de alvará, ou reiteradas ocorrências policiais, ou brigas recorrentes.

Desde uma certa geopolítica dos prazeres sexuais e da eroticidade, que pudemos cartografar na pesquisa, inferimos que, diferentemente de grandes cidades no RS, a cidade em questão possui um cenário para o agenciamento e as garantias de sustentabilidade e expressão das práticas eróticas entre HSHs e entre as comunidades homossexuais com características singulares, marcada tanto pelas flutuações dos espaços permissivos às práticas de pegação, quanto pela inexistência de organizações sociais que incluem a diversidade sexual nas suas ações, quanto pela falta de outros lugares de sociabilidade e lazer e, sobretudo, na perspectiva da saúde, da insipiência das políticas públicas locais. É que, a partir deste trabalho, pudemos nos aproximar de uma compreensão sobre as diferentes linhas que compõem a produção de repertórios eróticos e sexuais entre HSHs, especialmente sobre a pegação, da qual pudemos considerar que se apresenta como uma estratégia não tão-somente do campo ou *locus* de experimentação da sexualidade e do erotismo, mas também como produção de um registro político nos espaços (ditos) públicos – produzindo territorialidades, mostrando onde é possível que os prazeres possam se afirmar ou mesmo que identidades sexuais possam ter passagem na cidade. Considerando que os desejos e desejos-de-prazer entre HSHs podem fundamentar-se sobre algo que as normativizações sociais tentam apreender sob signos, como o desvio das condutas sexuais, também percebemos que as performances experimentadas nesses repertórios ora produzem e instauram resistências, ora sucumbem a posições de dominação, através de vivência de práticas eróticas em performance de risco e de efeitos psicológicos de sofrimento.

Construindo um plano de ação

A partir das nuances socioeconômicas, das políticas dos corpos e dos desejos dadas em repertórios singulares e coletivos, que compõem as experimentações da sexualidade na cidade, propusemos um conjunto de propostas para criar e qualificar ações e campanhas em DST/AIDS, através de ferramentas de intervenção intersetorializadas e transdisciplinares, sistematizadas nos seguintes eixos:

• **Empoderamento e Articulação Institucional:** sugerimos o estabelecimento de um programa continuado de intervenção em DST/AIDS junto aos profissionais do sexo, em campo, pautado pela



promoção à saúde e educação pelos pares, através de estratégias de redução de danos, cuidados com o corpo (em particular sobre o uso indevido de hormônios ou silicone por travestis e transexuais), entre outros; encaminhamento de demandas de assistência social e atenção em saúde; articulação de parcerias com ONGs; capacitação de lideranças entre os trabalhadores do sexo em saúde e direitos humanos; incentivo à organização de coletivos de representação; apoio a organizações dedicadas a jovens adolescentes; promoção da cidadania em torno do gênero e da diversidade sexual, bem como do enfrentamento dos contingentes sociais e econômicos mandatários da inserção desse público nas redes de exploração sexual comercial.

• **Visibilidade e Direito de Cidade:** sugerimos a articulação de parcerias intersecretarias para a divulgação das temáticas saúde e direitos humanos, apoio a eventos culturais sobre diversidade sexual e direitos humanos, a promoção de debate sobre prostituição e exploração sexual comercial; a geração (ou incorporação) de mídias institucionais que pautem a inclusão da temática gênero, a saúde do trabalhador do sexo, a diversidade sexual e a redução de danos, entre outras; a divulgação e estabelecimento de parcerias com organizadores de eventos culturais pró-diversidade, como a parada da diversidade sexual (anual); e apoio à criação de ouvidorias para o encaminhamento das violações de direitos humanos.

• **Apoio aos Operadores da Saúde, Assistência Social, Segurança e Educação:** oferecer condições para manejo em situações relacionadas a gênero e diversidade sexual, pautadas na promoção à saúde e aos direitos humanos, criando fóruns para o debate acerca da diversidade sexual, das problemáticas de gênero e juventude.

Tanto essas propostas quanto a própria visibilidade do trabalho obtiveram pouca penetração no espaço institucional contratante. Creditamos à resistência localizada nas práticas de objetivação — aliançadas ao discurso higienista e moral —, caráter de dispositivo que funcionou no sentido em que a consultoria/pesquisa não se efetivasse para além do momento cartográfico inicial.

- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
- BARROS, Regina Benevides.
- Grupos: a afirmação de um simulacro. Tese. (Doutorado em Psicologia Clínica)-PUC, São Paulo, 1994.
- NOTAS
- ¹ Trabalho apresentado durante o II Congresso da Associação Brasileira de Estudos da Homocultura: Imagem Diversidade Sexual, realizado na Universidade de Brasília, de 16 a 19 de junho de 2004.
- ² Realizado no ano de 2002.
- ³ Práticas que acolhem um modo ou uma intencionalidade erótica, pautada na intensidade, na fugacidade e no risco, promotores de satisfação e prazer, constituída pela circulação de pessoas à procura de parceiros sexuais, geralmente em espaços públicos como banheiros, parques, praças e em bares, saunas e boates.
- ⁴ “Numa cartografia o que se faz é acompanhar as linhas que se traçam, marcar os pontos de ruptura e de enrijecimento, analisar os cruzamentos dessas linhas que funcionam a mesmo tempo. É transformando que se conhece(...) Cartografias para serem desenhadas só o são quando o pesquisador, ou o coordenador de um grupo(...), definitivamente recusam o lugar ‘protegido’ da neutralidade.” (BARROS, 1994)

Por **Cláudio Oliveira**, assessor de comunicação da ABIA

Considerado por especialistas como “o maior plano de saúde do mundo”, o Sistema Único de Saúde (SUS), implementado no País há mais de 15 anos, ainda não conseguiu mostrar na prática a sua funcionalidade. As dificuldades enfrentadas pelos usuários, assim como por médicos e profissionais da saúde, muitas vezes são causadas pela falta de comprometimento e de vontade política das três esferas do Poder. Problemas como a falta de medicamentos e de leitos, e a péssima infra-estrutura são recorrentes em todas as regiões brasileiras e, até o presente momento, não há como vislumbrar melhorias concretas no setor.

Em defesa do SUS e pelo direito a saúde e cidadania

O orçamento destinado à saúde no Plano Plurianual do governo é insuficiente para atender às necessidades, como assumiu o secretário de Direitos Humanos, Nilmário Miranda, durante o lançamento do relatório da Rede de Monitoramento Amiga da Criança (ver *box*). Porém, a falta de recursos não é a única vilã. Há falhas tão ou mais graves, como, por exemplo, a utilização da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) para fins diferentes do que motivaram a sua criação – um imposto elaborado com o objetivo de arrecadar fundos para melhorar a saúde. Além disso, existem denúncias de desvio de verbas públicas que não foram esclarecidas, e há estados e municípios que descumprem a Constituição e não destinam sequer os recursos mínimos previstos para a área.

Acesso à informação

Durante a oficina “Políticas Públicas de DST/AIDS e Controle Social no Rio de Janeiro: Capacitando Lideranças e Promovendo a Sustentabilidade das Respostas frente a AIDS”, realizada pela ABIA em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, os conselheiros municipais de saúde do interior do estado ali reunidos destacaram a necessidade de disponibilizar mais informações sobre os diferentes programas de saúde para a população, elaborar políticas de prevenção efetivas, sensibilizar conselheiros e comunidades sobre DST/AIDS, descentralizar o atendimento das DSTs e ampliar o número de leitos e o fornecimento de medicamentos para infecções oportunistas.

Usuários do SUS no Rio de Janeiro, que participam das oficinas com casais sorodiscordantes na ABIA, afirmaram que nem sempre se sentem à vontade para utilizar o serviço. Eles relataram, por exemplo, casos de médicos que não respeitaram o sigilo em relação à soropositividade do paciente e comunicaram a enfer-

midade aos seus familiares. No entanto, foram feitos elogios ao atendimento dos médicos e críticas à sobrecarga de trabalho dos profissionais, classificada como desumana pelos integrantes das oficinas. Eles também lamentaram a ausência de acompanhamento psicológico em muitos locais de atendimento e criticaram a campanha “Fique Sabendo”, voltada à descoberta da condição sorológica para o HIV.

Desrespeito

Ao analisarmos as colocações feitas pelos conselheiros de saúde e pelos usuários do Sistema, observamos que diversos direitos básicos das pessoas vivendo com HIV/AIDS não são respeitados. Em função do descaso e da inoperância do Poder público estadual, o Fórum de ONGs/AIDS do Rio de Janeiro promoveu, no dia 26 de maio, uma manifestação no centro da cidade em que apresentou à população uma carta pública, na qual as ONGs comunicavam que os pacientes inscritos no Programa Estadual de DSTs/AIDS estavam, desde dezembro de 2003, sem receber vários medicamentos para o tratamento das infecções oportunistas. Ainda na carta, o fórum manifestava sua indignação com os mecanismos formais de pressão, o que obrigou o movimento a buscar apoio junto ao Ministério Público Estadual, diante do descumprimento das decisões judiciais que obrigam o Estado a disponibilizar os remédios.

Dentro desse contexto, é necessário que a sociedade se empenhe em fazer o controle social do SUS, pois o acompanhamento da utilização dos recursos públicos é essencial para o bom funcionamento do Sistema. A manifestação a ser realizada pelos Fóruns Estaduais de ONGs/AIDS de todo o País, no dia 26 de agosto, que tem como lema “Sem dinheiro para a saúde, como manter o melhor programa de AIDS do mundo?”, é mais uma ten-

tativa de tornar público o baixo investimento no setor e o descaso dos governos com a questão. Não é possível falar em melhor programa de AIDS do mundo se faltam exames de CD4 e carga viral, medicamentos, leitos para internações, programas de educação sexual e reprodutiva, salários e condições dignas de trabalho para médicos e profissionais de saúde, entre outras deficiências.

Apesar de todos os problemas, lutar pelo SUS é lutar pela efetivação de um programa que só pode ser comparado aos sistemas de saúde de Cuba e do Canadá. Pesquisa feita pelo Ministério da Saúde, em 2001, constatou que 85% dos pacientes que conseguem ser atendidos no Sistema consideram excelente ou bom o atendimento oferecido. Defender o SUS é defender a cidadania e o direito à saúde. Uma luta pela qual nenhum de nós pode se furtar.



Rede de Monitoramento Amiga da Criança

A Rede de Monitoramento Amiga da Criança é o resultado da união de organizações sociais nacionais e organismos internacionais com foco de atuação na infância e na juventude. Seu objetivo é monitorar o cumprimento dos compromissos com a infância, assumidos pelo Estado brasileiro e pelo presidente da República, e descritos nos documentos "Um Mundo para as Crianças", produzido na Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas em 2002, e "Termo de Compromisso Presidente Amigo da Criança", elaborado pela Fundação Abrinq e assinado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, durante a campanha eleitoral.

Os compromissos

Os acordos assumidos pelo Brasil na Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas estão agrupados em quatro eixos:

- Promover vidas saudáveis: saúde materna, saúde infantil e saneamento básico.
- Prover educação de qualidade: alfabetização, acesso e qualidade do ensino público.
- Proteger contra abusos, exploração e violência: erradicação do trabalho infantil, da exploração sexual e da violência.
- Combater o HIV/AIDS: prevenção, tratamento e apoio.

Com o Projeto Presidente Amigo da Criança, o presidente Lula se comprometeu a realizar, em um mandato de quatro anos, ações e políticas que cumpram as metas descritas no documento "Um Mundo para as Crianças", e a elaborar um plano de ação para atingir as metas com a aprovação do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, prevendo recursos orçamentários e transparência de informações para a sociedade civil.





Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde

Fruto do seminário *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*, realizado pela ABIA em outubro de 2003 no Rio de Janeiro, a publicação reúne textos de ativistas e pesquisadores envolvidos em diferentes campos de atuação e conhecimento associados às homossexualidades. Aborda temas estruturais como direitos civis, acesso a saúde, estigma e discriminação, desejos e erotismos, e temas emergentes, como as novas produções culturais ao redor da homossexualidade, *barebacking* e os desafios da prevenção, fases de vida e políticas públicas de saúde. O livro está sendo distribuído gratuitamente pela ABIA. Mais informações pelo telefone (21) 2223 1040 ou pelo e-mail abia@abiains.org.br.

Direitos Sexuais e Reprodutivos como Direitos Humanos

Publicado pelo Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), o *Caderno Corpus* aborda a relação entre antropologia e direitos humanos, mais especificamente, sobre os direitos sexuais. Ao editá-lo, os organizadores, Veriano Terto Jr., Ceres Gomes Victora e Daniela Knauth, pretenderam estimular o debate no âmbito acadêmico e na sociedade civil organizada sobre as políticas públicas, a formulação de estratégias e programas de intervenção, e a formação da opinião pública com relação à promoção e defesa dos direitos sexuais como direitos humanos. A publicação pode ser solicitada ao NUPACS/UFRGS, Instituto de

Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Antropologia, pelo telefone (051) 3316-6865 ou pelo e-mail: nupacs@yahoo.com.br

Relatório da Rede de Monitoramento Amiga da Criança

Lançado em Brasília, no dia 10 de agosto de 2004, pela Rede de Monitoramento Amiga da Criança, o relatório *Um Brasil para as Crianças – A Sociedade Brasileira e os Objetivos do Milênio para a Infância e Adolescência* traz análises sobre os dados atuais relacionados com a melhoria da qualidade de vida de crianças e adolescentes, e os investimentos que o Estado precisa fazer para cumprir as metas pactuadas com a ONU. O relatório avalia a situação da infância e da adolescência brasileiras em relação aos objetivos do “Um Mundo para as Crianças”, analisando as estratégias do Plano de Ação Presidente Amigo da Criança, lançado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em dezembro de 2003, e que contém ações para alcançar as metas de saúde, educação, proteção e combate ao HIV/AIDS. O Plano de Ação contempla recursos que se aproximam dos R\$ 56 bilhões, ao longo de quatro anos de execução, e identifica 16 desafios que o governo se propôs a enfrentar. Mais de 200 ações que serão desenvolvidas nesse período foram analisadas no relatório da Rede de Monitoramento Amiga da Criança. Integrante da rede, a ABIA atua nos eixos temáticos saúde e HIV/AIDS.

Mais informações na ABIA, pelo telefone (21) 2223 1040 ou pelo e-mail abia@abiains.org.br. Falar com Cristina Pimenta ou Claudio Oliveira.

Expediente

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA
Entidade de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal
Entidade de Fins Filantrópicos

Rua da Candelária, 79/10º andar
20091-020 Rio de Janeiro/RJ
Tel.: (21) 2223-1040
Fax: (21) 2253-8495
E-mail: abia@abiains.org.br
www.abiains.org.br

Diretoria

Diretor-presidente: Richard Parker
Diretora vice-presidente: Regina Maria Barbosa
Secretária-geral: Miriam Ventura
Tesoureiro: José Loureiro

Conselho de Curadores: Carlos Afonso, Elisabeth Moreira, Francisco Inácio Bastos, Jorge Beloqui, Kenneth Rochel de Camargo Jr., Leon Zonenschain, Maria Nakano, Ruben Mattos e Vera Paiva
Coordenação-geral: Cristina Pimenta e Veriano Terto Jr.

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

Boletim ABIA nº 51 • Agosto de 2004

Jornalista responsável: Jacinto Corrêa Mtb 19273

Coordenação editorial: Andréa Blois

Revisão: Claudio Oliveira e Wilma Ferraz

Conselho Editorial: Carlos André Passarelli, Claudio Oliveira, Cristina Pimenta, Juan Carlos Raxach, Richard Parker e Veriano Terto Jr.

Programação visual e editoração eletrônica: Conexão Gravatá Ltda.

Este boletim foi financiado com recursos da EED/ Evangelischer Entwicklungsdienst e V.

Tiragem: 12.000 exemplares

É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos desta publicação, desde que citados a fonte e o respectivo autor. As opiniões apresentadas no boletim são de exclusiva responsabilidade dos autores.