

SISTEMA DE SAÚDE, POLÍTICAS PÚBLICAS E O PAPEL DAS ONGs NO ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DA AIDS: QUESTÕES TEÓRICAS

Maria Cecília Penteado Figueira de MELLO*

RESUMO: O presente artigo pretende situar teoricamente os impasses e desafios impostos ao Sistema Único de Saúde-SUS diante da epidemia da AIDS que tem atingido especialmente os segmentos populacionais menos favorecidos socioeconomicamente. As demandas adicionais decorrentes da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), têm pressionado por maiores recursos do setor público de saúde, ao mesmo tempo que se vivencia uma conjuntura de crise e o questionamento mundial do Estado de Bem Estar Social, sendo que, no país, sequer se chegou a alcançar a conquista à saúde, direito preconizado pela Constituição Federal de 1988.

PALAVRAS-CHAVE: AIDS, direito à saúde, Estado de Bem Estar Social, demandas sociais, recursos, atendimento médico-assistencial, controle popular, papel das ONGs.

Introdução

A epidemia da AIDS representa nos dias de hoje um dos problemas mais graves da saúde pública, atingindo principalmente os países em desenvolvimento e os segmentos populacionais desfavorecidos economicamente.

Segundo BERER (1997, p.32),

AIDS significa em inglês, Síndrome da

* Este texto faz parte da pesquisa de dissertação de mestrado em Pós-Graduação em Sociologia – Faculdade de Ciências e Letras – UNESP – 14.800-902 – Araraquara – S.P. defendida em 09/08/99, tendo como orientadora: Prof.a/Dra. Lucila Scavone

Deficiência Imunológica Adquirida. Deficiência imunológica quer dizer que o sistema imunológico está sendo impedido de funcionar. Síndrome é um grupo de sintomas ou doenças com uma só causa originária, neste caso o HIV. Se o HIV reduz o funcionamento imunológico a um certo nível, e/ou quando uma ou mais doenças relacionadas ao HIV ocorrem, a pessoa passa a ter AIDS... Quase todas as doenças relacionadas ao HIV podem ser tratadas se houver recursos disponíveis. As pessoas com HIV e as pessoas com AIDS não necessariamente se sentem gravemente doentes, ou doentes todo o tempo. A AIDS pode se desenvolver mais rapidamente se a pessoa for exposta ao HIV repetidamente.

A possibilidade de contrair doenças varia de pessoa para pessoa. Para alguns, as primeiras manifestações são mais simples e, para outras, de início mais graves, podendo sua saúde deteriorar-se rapidamente. As condições e acesso a tratamento adequado podem prolongar a vida e minorar os efeitos das infecções oportunistas se o indivíduo tiver um acompanhamento constante, se seguir o tratamento com regularidade e se a administração das drogas for realizada no tempo certo e adequadamente.

Vários fatores, como momento do diagnóstico, características do acompanhamento das condições de saúde, e reconhecimento da doença por parte do paciente, contribuem para que a evolução e as manifestações patológicas sejam mais ou menos intensas, imediatas ou proteladas no decorrer do tempo.

Falhas na condução de um desses momentos do processo podem acarretar agravamento das condições de saúde do indivíduo ou até mesmo antecipação de sua morte.

Especialmente no caso do Brasil, merece destaque aprofundar o papel que o Estado vem desempenhando no enfrentamento da epidemia, consubstanciado nas políticas públicas de saúde e conseqüente

organização de serviços específicos. Ressalte-se que as parcelas da população, provenientes dos estratos socioeconômicos mais baixos, dependem exclusivamente do sistema público de saúde (SUS), para a sua própria sobrevivência e para o atendimento de suas demandas de orientação, assistência e tratamento de saúde, em todos os níveis de atenção (assistência primária: atendimento ambulatorial; secundária: exames complementares e atendimento de especialidades; e terciária: atendimento hospitalar).

Os indivíduos contaminados pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana), ao constatarem que são portadores do vírus de uma doença fatal, vão se deparar com uma série de dificuldades adicionais, decorrentes da sua posição social e condição de vida, para o acompanhamento de sua saúde e atendimento de patologias decorrentes da doença. No seu relacionamento com os profissionais de saúde e especialmente com os médicos, também enfrentarão desigualdade nas relações e dificuldades de comunicação, compreensão de seus problemas e entendimento mais profundo de suas necessidades e anseios.

Acresce-se ainda que a complexidade dos problemas que a AIDS envolve é agravada, na sociedade brasileira, por uma estrutura socioeconômica marcada por desigualdades sociais, registrando altos níveis de concentração de renda nas mãos de uma pequena minoria, em face de uma classe média cada vez mais empobrecida e de uma grande parcela da população que apresenta condições de vida extremamente precárias¹.

Por sua vez, a evolução da AIDS no mundo e as perspectivas de seu enfrentamento econômico, político e social se inserem num contexto de questionamento do Estado de Bem Estar Social e de redução dos investimentos públicos em setores considerados essenciais para a reprodução da força do trabalho, como habitação, saúde e educação, dentre outros. Essa conjuntura representou, mesmo nos países centrais,

¹. De acordo com dados do PNUD, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (1998), 28,7% da população encontra-se segundo a definição internacional, abaixo da linha de pobreza, auferindo renda inferior a US\$1/ dia, por pessoa. Segundo a mesma pesquisa, o Brasil tem 25 milhões de miseráveis, acima de 16 anos.

uma regressão em termos das conquistas sociais e trabalhistas, adquiridas no decorrer do desenvolvimento da sociedade capitalista (Oliveira, 1994).

Mann (1993), entretanto, destaca que as possibilidades de vida, bem como a qualidade de sobrevivência dos portadores do HIV/AIDS, estão profundamente relacionadas com o acesso a profissionais de saúde; a equipamentos e a tecnologias que auxiliem no diagnóstico da doença, verificação do estado imunológico e acompanhamento de sua progressão; utilização de procedimentos, medicamentos e orientação adequados às diversas etapas da doença. Estes elementos se constituem em instrumentos de enfrentamento da AIDS.

Sistema Público de Saúde – SUS

No Brasil, o acesso à saúde é garantido pela Constituição Federal de 1988 que estabelece

a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Art. 196, Seção II, da Saúde, Cap. II, da Seguridade Social, Título VIII, da Ordem Social).

Este direito à saúde integral preconizado pela Constituição foi regulamentado pela lei número 8.080 de setembro de 1990 (que institui o Sistema Único de Saúde- SUS) mas, apesar de todos os esforços envidados, está muito longe de se concretizar.

Muitas das conquistas alcançadas com a Constituição Federal de 1988, como o direito universal à saúde, vêm sendo questionadas em nome da modernidade e do neoliberalismo. Sua concretização, através da implantação de políticas públicas, controle político e regulamentações legais, dependerá da organização e de mecanismos de pressão das classes populares e de todos os segmentos sociais que a elas se somarem.

A legislação do SUS, orientada pela ótica do direito à saúde, configura uma nova relação entre o Estado, trabalhadores de saúde e

sociedade. O Estado é visto como responsável fundamental na promoção da saúde e na garantia do atendimento com equidade. Disso decorre, necessariamente, uma nova concepção de organização e de articulação dos serviços entre os vários níveis de governo e uma nova concepção de gestão, cujo controle é garantido pela legislação através dos vários Conselhos de Saúde, nos níveis federal, estadual, municipal e até mesmo dos conselhos gestores das unidades.

Entretanto, é importante salientar que esses mecanismos de representação e de controle das ações do Estado têm sido frágeis e que, no país, nem sequer se chegou a garantir patamares mínimos que assegurem as condições básicas e necessárias à reprodução da força de trabalho, sendo que amplos contingentes populacionais têm sido sistematicamente excluídos de qualquer benefício social. Quais são as alternativas existentes diante dessa crise contemporânea que vem questionando o papel do Estado como produtor de bens sociais coletivos? Quais os mecanismos sociais existentes com vistas a impedir que o Estado seja representante apenas da iniciativa privada e dos proprietários do capital, em detrimento de toda uma coletividade? Como são alocados esses recursos sociais?

A oferta de bens e serviços públicos de saúde reflete, por sua vez, as desigualdades sociais. Essa oferta concentra-se a regiões e segmentos sociais privilegiados. A localização de unidades de saúde nos mais diferentes níveis de complexidade (unidades básicas e de atendimento secundário e terciário) é inversamente proporcional às necessidades da população, ou seja, quanto mais pobre e quanto mais dependente do serviço público para a sua própria sobrevivência, menor é o acesso.

Essa situação é reflexo de um desvio das funções da esfera pública, cuja função primordial, segundo Oliveira (1994, p.23), é

criar medidas que visem garantir as diferentes necessidades de reprodução social em todos os sentidos, envolvendo desenvolvimento científico e tecnológico, defesa nacional, luta contra a AIDS etc., que não podem depender da auto-capacidade de nenhum capital em especial.

A construção da esfera pública pressupõe novas formas de relacionamento entre as classes, visando a compatibilização de interesses divergentes.

Na efetiva implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, além dos escassos recursos orçamentários destinados², se interpõem os interesses econômicos das classes dominantes, vinculados às indústrias de equipamentos médicos e complementares; às indústrias farmacêuticas e de insumos; à medicina de grupo; aos profissionais liberais que exercem sua atividade cobrando quantias extorsivas, e ao corporativismo dos mais diferentes grupos, com interesses materiais e econômicos específicos, incompatíveis com as necessidades públicas de atendimento e com os benefícios sociais necessários à reprodução da força do trabalho em condições dignas.

Acresce-se, ainda que, os recursos federais destinados à saúde são provenientes da Seguridade Social, representando apenas 22,3% do total (Projeto de Lei número 26, da Câmara dos Deputados), apesar da Lei de Diretrizes Orçamentárias de 1991 estabelecer que a área da saúde deveria receber 30% dos recursos da Seguridade Social, excluído o seguro desemprego. Esses recursos tem diminuído, também em face dos elevados índices de sonegação por parte das empresas, acentuando as disparidades sociais na medida que aumentam os encargos sociais para o lado dos mais fracos, ou seja, dos assalariados que dificilmente conseguem sonegar impostos.

Segundo dados do Banco Mundial de 1990, o Brasil teve um gasto per/capita com saúde da ordem de US\$132, o que representa aproximadamente, 4% do PIB, enquanto que os dispêndios per/capita com saúde nos EUA e na França foram de US\$2.763 e de US\$1869 o que corresponde respectivamente, a 12,7% e a 8,9% do PIB daqueles países. Ressalte-se que a iniciativa privada contribuiu com 1/3 dos gastos brasileiros, sendo que mais da metade ficou a cargo do governo federal e aproximadamente 12% a cargo de todos os estados e municípios brasileiros.

² Em torno de 2,5% do PIB (1993), enquanto que nas economias capitalistas desenvolvidas os gastos públicos situam-se em torno de 5,6% (Médici, 1994).

Além da precariedade de recursos do setor da saúde, o modelo médico-sanitário adotado no Brasil, calcado na medicina curativa e em intervenções hospitalares, em detrimento de ações básicas e primárias de atenção à saúde e de prevenção, tem contribuído para o agravamento da crise no setor.

Do total de gastos públicos do INAMPS em 1991, mais de um terço foi gasto com internações hospitalares (36,4%), sendo que o montante destinado ao atendimento ambulatorial corresponde a 26% (Oliveira, 1993). Essa proporção aumentou ainda mais, pois, segundo dados do DataSUS, os recursos do Ministério da Saúde dispendidos em maio de 1998, destinados ao atendimento ambulatorial, foram da ordem de 39,7%, enquanto que, para internações hospitalares, corresponderam a 45,9% do total.

Ressalte-se que grande parte dos procedimentos hospitalares e aqueles mais complexos que envolvem equipamentos de alta tecnologia e maiores custos, não são próprios do Estado, mas pertencentes à iniciativa privada e destinados para o uso público somente mediante convênio. Apenas 18,8% das Autorizações de Internação Hospitalar-AIH do país em 1991, segundo Oliveira Júnior (1993), foram para o setor público.

A precariedade do controle popular no sistema de saúde e o baixo nível de consciência da população usuária em relação a seus direitos permitem ainda o privilegiamento e a seleção de clientela nos hospitais e demais serviços de saúde; a cobrança freqüente de adicionais, sob a justificativa dos baixos salários do sistema público; o desvio de pacientes para a área particular ou para o atendimento através de convênios; e a utilização de procedimentos mais complexos e de altos custos pelo SUS, apenas para as camadas mais favorecidas, uma vez que grande parte dos médicos, 2/3, tem dois tipos de emprego (assalariados no serviço público e trabalho autônomo) e, evidentemente, possibilitam todas as facilidades para aqueles que lhe dão algum retorno financeiro (Campos, 1992).

Diante da complexidade de demandas e da necessidade de incorporação de novas tecnologias, é fundamental ter critérios e ter clara a relação entre interesses públicos e privados na definição de estratégias

setoriais, nas quais deve-se buscar benefícios sociais concretos para uma maioria e não o privilegiamento de alguns profissionais ou de alguns setores sociais, como tem acontecido.

Além de todos os limites já apontados, cabe destacar a necessidade de se investir nos recursos humanos do setor, que, em sua maioria, não têm nenhum compromisso com um atendimento de qualidade, principalmente no setor público. Para muitos, os pacientes são vistos como indigentes e, portanto, dependentes, para o atendimento de sua saúde, da boa vontade das autoridades locais, das instituições de saúde e de seus profissionais, e não considerados como sujeitos que têm direito ao atendimento em todos os níveis de complexidade. Apesar de a grande maioria dos profissionais constituir-se de trabalhadores assalariados e de auferir baixos rendimentos, nas mais diversas posições da estrutura funcional dos serviços públicos de saúde, ela tende a assumir os valores e a ideologia das classes dominantes, exercitando, sempre que possível, os seus micropoderes e sua autoridade, decorrente de um sistema profundamente hierarquizado e discriminatório (Campos, 1992).

As funções que exigem melhor qualificação são geralmente ocupadas por pessoas pouco identificadas com os interesses e as necessidades das classes populares, sendo, muitas vezes, coniventes com os desvios, distorções, arbitrariedades e fraudes do serviço público, em benefício de motivos econômicos particulares ou de ascensão social.

É importante destacar que o surgimento da AIDS criou necessidades adicionais para o Sistema Público de Saúde - SUS . A elaboração de políticas públicas e estruturação de serviços específicos dela decorrentes; as mudanças necessárias no atendimento médico-assistencial; a destinação de recursos financeiros, materiais e humanos para fazer face à epidemia, se inserem nesse quadro de referência mais amplo, em que estão presentes todas essas fragilidades e contradições do sistema.

Papel das ONGs diante da AIDS

No Brasil, diante da precariedade de recursos e da morosidade das ações do setor público para fazer face à epidemia de AIDS, as

Organizações Não Governamentais - ONGs, desempenharam e continuam desempenhando um papel fundamental.

Segundo Altman (1995), a discriminação a que os vários grupos atingidos pela AIDS estiveram sujeitos, aliada à falta de resposta adequada por parte do Estado e especificamente pelo sistema de saúde, provocou reações comunitárias diversas, muitas vezes para tentar suprir as falhas e a omissão do próprio Estado. A estigmatização desses grupos (especialmente *gays*, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis) provocou o desenvolvimento de organizações, inicialmente para atender às suas necessidades específicas, ampliando posteriormente sua atuação para os demais portadores atingidos.

Essas organizações tiveram um papel significativo ao construir um sentido de comunidade e de solidariedade e, na América Latina, verifica-se que as organizações não governamentais de atendimento a portadores do vírus da AIDS surgiram de uma vinculação estreita com as comunidades mais diretamente afetadas e, em sua maioria, fundamentaram-se no conceito de sociedade civil e na necessidade de fortalecê-la nas suas diversas formas de organização e de representação.

Diante da discriminação social a que estavam sujeitos, os vários grupos e as diversas ONGs emergentes se estruturaram sob a ótica dos direitos humanos, cujos direitos básicos compreendem duas vertentes:

a) proteção contra a discriminação, exemplificada pela proibição de realização de testes compulsórios em exames de admissão em empresas ou em qualquer outro local; pela garantia da confidencialidade em relação à condição de soropositivo ou doente de AIDS, e o direito a participar nos diferentes locais públicos e a ser atendido em condições de igualdade nos serviços de saúde, educação e outros;

b) garantia de acesso especialmente aos serviços públicos de saúde, nos vários níveis de atenção, bem como o direito ao acesso às informações, aos serviços de apoio e de cuidados específicos ou não, com tratamento igualitário.

Paralelamente ao reconhecimento do papel que as ONGs têm desempenhado no enfrentamento da epidemia, criando alternativas de

atendimento às mais variadas necessidades específicas dela decorrentes, Altman ressalta o desvio que a atuação das ONGs pode representar. Além de desenvolver ações que venham ao encontro dos interesses dos portadores por elas atendidos, a atuação dessas organizações solidárias e independentes, pode significar alternativa para o Estado, que se desobriga de realizar intervenções diretas mais onerosas, as quais são repassadas para as ONGs com baixo custo, pois são fundadas, em sua maioria, no trabalho voluntário e nas diversas formas de contribuição de setores da sociedade. Apesar de toda boa vontade, o pessoal das entidades nem sempre está preparado profissionalmente para os desafios que o trabalho com pessoas com AIDS ou com a prevenção da doença pode suscitar.

Trabalhar com a AIDS significa trazer à tona questões do comportamento humano que a ordem vigente e os bons costumes pretendem ignorar, como a prostituição; o abuso sexual de crianças; o homossexualismo; a drogadição; a permissividade sexual; a violência e a desigualdade nas relações afetivas entre os pares; a discriminação e desigualdade social.

Destaca-se o papel inquestionável e subversivo desempenhado pelas ONGs. e diversas organizações comunitárias, no desvendamento destas questões. Enfrentá-las no entanto, dada a sua grande complexidade social, pressupõe respostas profissionais específicas, serviços de suporte e de retaguarda para seu encaminhamento e tratamento adequados, cuja execução e acompanhamento consistem fundamentalmente em responsabilidade e obrigatoriedade do Estado, o qual não pode prescindir do trabalho de profissionais especializados (Altman, 1995).

Também Parker (1994) salienta que, diante da inexistência de resposta governamental mais efetiva, o ativismo e a mobilização política contra a AIDS, por parte das organizações da sociedade civil, são extremamente importantes, apesar dos limites que a atuação das ONGs pode representar. No Brasil, no período de 1985 a 1991, surgiram mais de 100 ONGs voltadas para o apoio a portadores do vírus da AIDS, as quais tiveram papel fundamental na educação sobre a doença, na defesa das liberdades civis e fortalecimento da assistência básica e tratamento às pessoas portadoras ou doentes.

Parker estabelece, no entanto, a grosso modo, distinção entre dois tipos de ONGs: aquelas que se situam numa categoria mais assistencial, prestando serviços de assistência direta e de apoio ao portador e familiares, e aquelas que se organizam em torno de um caráter mais político e que, embora prestem algum tipo de serviço, voltam-se para a reivindicação de direitos sociais básicos e têm como um de seus objetivos prioritários o controle da elaboração e execução das políticas públicas.

Segundo Silva (1998), diferente dos demais movimentos sociais que se organizam fundamentados em reivindicações coletivas e cujas lideranças já contavam com um acúmulo de participação política anterior, essas ONGs surgem da nucleação de indivíduos acometidos diretamente pela soropositividade do HIV ou pela doença AIDS. Destaque-se que, para a maioria desses indivíduos, a AIDS aparece num contexto de vida permeado de desigualdades sociais, em que os direitos sociais e civis já não estavam sendo garantidos.

As consequências que a AIDS desencadeia, em vários níveis da dinâmica pessoal e social, faz com que, posteriormente, incorporem-se a esses grupos diferentes atores sociais. Movidos pela solidariedade e em busca da cura da AIDS mobilizam-se, juntamente com os portadores e doentes, grupos de apoio, instituições sociais, profissionais de saúde ou de institutos de pesquisa, indivíduos participantes em diferentes esferas de governo, representantes da sociedade civil e instituições governamentais.

Em defesa do direito ao acesso aos serviços de saúde e a tratamento adequado, esses movimentos exercem pressão para a estruturação dos serviços de saúde e especialmente do SUS, para o desenvolvimento de pesquisas científicas e para uma nova forma de relacionamento médico paciente. A discussão sobre as descobertas científicas e sobre os protocolos de atendimento são introduzidas e articuladas na consulta ao paciente portador do HIV/AIDS. Ao mesmo tempo, esses movimentos incorporam em suas lutas o direito ao trabalho, à convivência social e aos demais direitos civis.

Destaque-se ainda que o surgimento das ONGs/AIDS, concomitante e articulado com a estruturação governamental de uma

Coordenação Nacional, destinada à organização e elaboração de serviços específicos de luta contra a AIDS, imprimiram a esses movimentos características distintas em relação aos demais movimentos sociais.

Essa articulação, se por um lado provocou avanços no controle da epidemia, por outro possibilitou que houvesse cooptação por parte do Estado ou mesmo dependência de algumas lideranças dessas organizações e de grupos de solidariedade aos doentes de AIDS, oriundos da sociedade civil. Essa dependência diz respeito às orientações, às diretrizes de atuação e ao financiamento de suas ações, fornecidos pelo Estado.

Ainda segundo Silva (1998,p.134), as diversas ONGs voltadas ao atendimento dos portadores e doentes.

criam diferentes matrizes de solidariedade que surgem apesar do Estado, além do Estado e com o Estado. Oferecem respostas aos preconceitos e às discriminações quando contribuem para reforçar a auto-estima das pessoas e se esforçam por manter e/ou criar o reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas que estão vivendo com HIV e AIDS.

No Brasil destacam-se dentre essas ONGs o GAPA - Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (1985); a ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (1986) e Grupo Pela Vidada – Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS (1989).

Especialmente a ABIA e o Grupo Pela Vidada dão ênfase para a importância de participação nos movimentos de solidariedade à AIDS e na definição das políticas públicas, abandonando a postura de vitimização e de passividade que vinham caracterizando certos grupos de portadores do HIV.

Para essas ONGs, a denúncia à morte civil e à ausência de cidadania é acompanhada de um processo de valorização do indivíduo e de sua inserção na vida coletiva, enfatizando-se o respeito aos direitos humanos, que extrapolam o direito ao acesso aos serviços e ao tratamento de saúde.

Essas concepções estão expressas na Carta de Princípios do Grupo Pela Vidda , redigida por Herbert Daniel:

Os direitos humanos referem-se aos indivíduos em sociedade, logo, à liberdade de expressão, às oportunidades iguais e ao sentido de solidariedade social... À liberdade de falar ou não sobre a sua soropositividade; às oportunidades para manter sua melhor qualidade de vida, o exercício da sua função no seu ambiente de trabalho e o acesso aos cuidados necessários à sua saúde – informações adequadas, tratamentos e medicamentos; e à solidariedade dos indivíduos ou dos grupos com os quais se relacionam e que podem contribuir para seu bem estar físico e mental (Silva,1998, p.135-6).

Nem todos os grupos e ONGs têm esse caráter. Surge também, em decorrência da AIDS outro tipo de organização que se configura como grupo de apoio. Prestam serviços assistenciais, na tentativa de suprir a inexistência ou insuficiência de serviços, cuja atribuição seria do Estado.

Conclusão

Diante de uma estrutura socioeconômica calcada nas desigualdades, os estratos sociais de mais baixo poder aquisitivo têm sido mais direta e intensamente atingidos pela epidemia AIDS. Os problemas desencadeados pela doença são complexos e têm gerado atribuições e responsabilidades adicionais ao SUS, que já apresentava fragilidades em sua estrutura para atender as demandas de saúde já reprimidas desses segmentos sociais.

A precariedade do sistema tem provocado o surgimento de mecanismos e formas de organização da sociedade civil com vistas a apoiar os portadores de AIDS e a encaminhar reivindicações que garantam o cumprimento de seus direitos. Essas ONGs apresentam, entretanto, características distintas de outros movimentos sociais. Algumas até mesmo distanciam-se do caráter reivindicativo e de alguma maneira

assumem funções que seriam de responsabilidade do Estado.

As perspectivas de enfrentamento da epidemia envolvem a necessidade de um redirecionamento dos investimentos e das prioridades sociais. As possibilidades de tratamento e de sobrevivência dos portadores do HIV dependem da garantia de acesso aos profissionais e serviços da rede pública de saúde e aos demais serviços e benefícios sociais, os quais vêm passando por transformações profundas decorrentes do questionamento do Estado de Bem Estar Social.

Referências Bibliográficas

- ALTMAN, D. O Surgimento de uma resposta não governamental à AIDS. In: *Poder e comunidade: respostas organizacionais e culturais à AIDS*, Rio de Janeiro, Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1995 (História Social da AIDS n.5).
- BANCO MUNDIAL *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993: investindo em saúde*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 1993.
- BERER, M. *Mulheres e HIV/AIDS*, São Paulo: Editora Brasiliense, 1997.
- BRASIL. Lei Federal número 8.080, set.1990. Lei Orgânica da Saúde. *Diário Oficial*, Brasília.
- BRASIL. Lei Federal número 8.142, dez.1990. Lei Orgânica da Saúde. *Diário Oficial*, Brasília.
- CAMPOS, G. W. de S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1992.
- MANN, J. et al. A AIDS no mundo. Rio de Janeiro, Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1993 (História Social da AIDS n. 1).
- MARQUES, M. B. A medicina e o novo paradigma tecnológico. *Revista Saúde em Debate*, número 34, mar. 1992.
- MÉDICI, A. C. & MARQUES, R. M. Saúde entre gastos e resultados. *Boletim de Conjuntura Política e Social*, AdSaúde, p.41-3, 1994.

- MELAMED, C. e RIBEIRO, J. M. Financiamento em saúde no Brasil (1988-1992): novos problemas e proposições. *Saúde em Debate*, CEBES, n. 41, 1993.
- OLIVEIRA JÚNIOR, M. Problemas atuais e propostas para a revisão da política de financiamento do sistema único de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, CEBES, n. 38, 1993.
- OLIVEIRA, F. de. Políticas sociais: das carências ao direito do cidadão. *Boletim de Conjuntura Política e Social*, AdSaúde, 1994.
- PARKER, R. A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade, e política no Brasil. Rio de Janeiro, Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1993 (História Social da AIDS n. 3).
- PELIANO, A. M. M. & BEGHIN, N. A nova experiência brasileira no combate à fome e à miséria. *Saúde em Debate*, n. 40, 1993.
- PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/1998. *Folha de São Paulo*, 19 set. 1998.
- SÃO PAULO. Fundação Sistema Estadual de Dados, SEADE, 1993.
- SILVA, C. L. C. ONGs/AIDS: Intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. *Cadernos de Saúde Pública*. (Rio de Janeiro), 14 (sup.2), 1998.