

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FELIPE FLORENCIO DE OLIVEIRA

A RACIONALIDADE GLOBAL PERANTE O GOVERNO LOCAL: UMA ANÁLISE
FOUCAULTIANA SOBRE AS AÇÕES E POLÍTICAS DE HIV/AIDS EM CURITIBA
ENTRE 2001-2020

CURITIBA

2021

FELIPE FLORENCIO DE OLIVEIRA

A RACIONALIDADE GLOBAL PERANTE O GOVERNO LOCAL: UMA ANÁLISE
FOUCAULTIANA SOBRE AS AÇÕES E POLÍTICAS DE HIV/AIDS EM CURITIBA
ENTRE 2001-2020

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Alexsandro Eugênio Pereira

CURITIBA
2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
APLICADAS – SIBI/UFPR COM DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)
Bibliotecária: Deize C. Kryczyk Gonçalves – CRB 9/1269

Oliveira, Felipe Florencio de

A racionalidade global perante o governo local: uma análise foucaultiana sobre as ações e políticas de HIV/AIDS em Curitiba entre 2001-2020 / Felipe Florencio de Oliveira. - 2021.

226 p.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas.

Orientador: Alexsandro Eugenio Pereira.

Defesa: Curitiba, 2021.

1. Política pública. 2. Biopolítica. 3. Saúde pública – Curitiba (PR).
4. Infecções por HIV – Curitiba (PR). I. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. II. Pereira, Alexsandro Eugenio. III. Título.

CDD 353.6



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO POLÍTICAS PÚBLICAS -
40001016076P0

ATA Nº44

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DOUTORADO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR EM POLÍTICAS PÚBLICAS

No dia vinte e oito de setembro de dois mil e vinte e um às 14:00 horas, na sala Por videoconferência (Skype ou similar) , Por videoconferência , foram instaladas as atividades pertinentes ao rito de defesa de tese do doutorando **FELIPE FLORENCIO DE OLIVEIRA**, intitulada: **Governamentalidade, fragmentos biopolíticos e disciplinares: uma análise sobre a HIV/AIDS no município de Curitiba entre 2001-2020**, sob orientação do Prof. Dr. **ALEXSANDRO EUGENIO PEREIRA**. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em POLÍTICAS PÚBLICAS da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelos seguintes Membros: **ALEXSANDRO EUGENIO PEREIRA** (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), **LEONARDO MERCHER COUTINHO OLIMPIO DE MELO** (CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL), **RAMON BLANCO DE FREITAS** (UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO AMERICANA), **RAFAEL GOMES DITTERICH** (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ). A presidência iniciou os ritos definidos pelo Colegiado do Programa e, após exarados os pareceres dos membros do comitê examinador e da respectiva contra argumentação, ocorreu a leitura do parecer final da banca examinadora, que decidiu pela **APROVAÇÃO**. Este resultado deverá ser homologado pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais definidos pelo programa. A outorga de título de doutor está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, **ALEXSANDRO EUGENIO PEREIRA**, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

Observações: A banca sugeriu a mudança do título da tese para: **A racionalidade global perante o governo local: Uma análise foucaultiana sobre as ações e políticas de HIV/AIDS em Curitiba entre 2001-2020**

CURITIBA, 28 de Setembro de 2021.

Assinatura Eletrônica
29/09/2021 17:11:24.0
ALEXSANDRO EUGENIO PEREIRA
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
29/09/2021 15:58:19.0
LEONARDO MERCHER COUTINHO OLIMPIO DE MELO
Avaliador Externo (CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL)

Assinatura Eletrônica
29/09/2021 18:33:51.0
RAMON BLANCO DE FREITAS
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO
LATINO AMERICANA)

Assinatura Eletrônica
29/09/2021 20:18:38.0
RAFAEL GOMES DITTERICH
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO POLÍTICAS PÚBLICAS -
40001016076P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em POLÍTICAS PÚBLICAS da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **FELIPE FLORENCIO DE OLIVEIRA** intitulada: **Governamentalidade, fragmentos biopolíticos e disciplinares: uma análise sobre a HIV/AIDS no município de Curitiba dentre 2001-2020**, sob orientação do Prof. Dr. ALEXSANDRO EUGENIO PEREIRA, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 28 de Setembro de 2021.

Assinatura Eletrônica
29/09/2021 17:11:24.0
ALEXSANDRO EUGENIO PEREIRA
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
29/09/2021 15:58:19.0
LEONARDO MERCHER COUTINHO OLIMPIO DE MELO
Avaliador Externo (CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL)

Assinatura Eletrônica
29/09/2021 18:33:51.0
RAMON BLANCO DE FREITAS
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO
LATINO AMERICANA)

Assinatura Eletrônica
29/09/2021 20:18:38.0
RAFAEL GOMES DITTERICH
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Avenida Prefeito Lothário Meissner, 632 - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80210-170 - Tel: (41) 3360-4354 - E-mail: politicaspublicas@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.
Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 115331

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 115331

Para Glaci Tereza e Miguel Alfredo;
meus avós.

AGRADECIMENTOS

A construção dessa pesquisa, e sobretudo o processo doutoral como um todo, foi marcado por momentos de exímia felicidade e as vezes, abatido por uma insatisfação contínua e nada doce. Nestes momentos, carreguei comigo pessoas e ideais que me deram sustentação e persistência para finalizar essa caminhada. Sem dúvida nenhuma, foi um processo em que houveram várias rupturas, adaptações e (re)construções tanto no *texto* quanto no *contexto* em que esta tese fora escrita. Dito isto, gostaria de nomear e agradecer publicamente as pessoas que me carregaram – mesmo que sem saber – até estas páginas.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao professor Dr. Alessandro Eugenio Pereira, por ter me aceito na condição de orientando em condições tão adversas. Sempre se mostrou uma pessoa rara, disposta ao diálogo e a ajudar em tudo o que fosse necessário para a conclusão deste trabalho. Demonstrando uma ética profissional inabalável, em conjunto com apontamentos e diálogos que foram fundamentais durante o percurso. Sem sombra de dúvida, uma inspiração por sua intelectualidade e afetuosidade. Também gostaria de agradecer à professora Dra. Iara Vigo de Lima, por me guiar durante parte do doutoramento, e me inserir nos estudos foucaultianos – que particularmente será sem volta. Além de ter me ensinado muito, oportunizou momentos profissionais agradabilíssimos, durante toda a caminhada. Ao professor Dr. Andrew Patrick Traumann, que fora meu orientador durante a graduação em Relações Internacionais, e naquele tempo sugeriu que eu buscasse voos mais altos.

Aos professores Dr. Ramon Blanco e Dr. Leonardo Merchèr pelos debates e acompanhamento do trabalho tanto pelas discussões do NEPRI, conversas de corredor, além das disciplinas cursadas durante meu processo de formação, e é claro, pelos apontamentos valiosos durante a banca de qualificação da presente tese. Ao professor Dr. Rafael Gomes Ditterich, pela humildade e pela destreza de me apontar caminhos possíveis durante a qualificação do trabalho.

Outrossim, gostaria de deixar registrado outros professores, que fizeram parte da minha trajetória e foram fundamentais: Prof. Dr. Fabiano Abranches Silva Dalto, por me propiciar uma visão mais ampla da academia, por meio do PET-Economia. Prof. Dr. Rafael Pons Reis, que me demonstrou o vasto universo da disciplina de Teoria das Relações Internacionais e ao Prof. Dr. Carlos-Magno Vasconcellos por me inserir na pesquisa acadêmica. Sem dúvida, vocês foram fundamentais.

Ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Paraná e seus docentes e discentes, que me possibilitou um campo extremamente rico ao debate, durante toda a minha formação. Agradeço ao coordenador: Walter Tadashiro Shima, e em especial a ex-secretária Barbara Spricigo, pela disponibilidade e ajuda ímpar durante boa parte do meu processo doutoral. A todos os colegas do NEPRI, em especial na figura de Natali Hoff, por sempre estar disponível para debater meus escritos.

Aos amigos e chapas, que estiveram sempre presentes durante a minha caminhada, incidindo no meu contexto e deixando o caminhar mais leve: Allan Prudlik, Kauê Ribeiro, Jeffrey Howard, Larry Borges, Maruan Iskandar, João Pedro Arantes, Mauri Bevervanço, Michel Andrade Santos, Amilton de Azevedo, Vinicius Frias, Igor Carrasco, Thales Marques, Gustavo Glodes-Blum e João Lopes. Em especial a Pedro Souza, por toda a ajuda durante o decorrer do trabalho e Guilherme Prezibella, *wgmi*. Também agradeço Thadeu Guaraciaba de Aquino pela dedicação dirigida ao meu reencontro. Aos meus familiares, tios, tias e primos pelo apoio e por compreenderem minha ausência. Em especial à minha avó Glaci, que com sua ternura e amabilidade sempre me incentivou a buscar pelos meus sonhos. Ao avô Miguel, que nos deixou no decorrer do texto, seu carinho é insubstituível. À minha mãe, Elisangela pela força e garra a mim transmitida. Ao meu pai, Maurício pelos momentos de tranquilidade. E a minha irmã Mariana, por me proporcionar momentos de lazer e descontração, quando eu mais precisava.

Aos pequenos Maria Filó e Teodoro, por apresentar tanta alegria e afeto. À minha noiva Yohanna, por me ilustrar a vida e como aproveitá-la. Mais do que o

preto no branco, seu amor, dedicação e companheirismo foram os responsáveis pelo início e pela finalização deste trabalho. Muito obrigado por tudo e que nos permitamos cada vez mais.

RESUMO

A presente tese busca estabelecer uma análise sistêmica das práticas do governo municipal de Curitiba durante os anos de 2001-2020, em relação as ações e políticas para o enfrentamento do HIV/AIDS, munidos de um referencial teórico crítico que nos permita compreender de que maneira se apresentam as ações e as racionalidades que regem as políticas curitibanas sobre esta temática. Com isso, busca-se delimitar de que maneira a racionalidade e as práticas oriundas do Banco Mundial e da UNAIDS estão interconectados enquanto uma forma de governamentalidade e que por sua vez, inferem sobre o plano local. Para tal, far-se-á uma análise bibliográfica pautado nos escritos foucaultianos, para posteriormente adentrarmos em um estudo qualitativo, utilizando-se de fontes primárias e secundárias sobre o HIV/AIDS a partir do plano internacional ao local, com o intuito de delimitar as práticas e as racionalidades que permeiam a cidade de Curitiba nesta temática. Tal análise lançou luz sobre técnicas e dispositivos utilizados para o enfrentamento do vírus do HIV/AIDS, de modo a ser visível o modo pelo qual a cidade de Curitiba incorpora esta expertise e passa mimetizar aspectos do governo oriundo destas instituições em suas ações e políticas públicas sobre o HIV/AIDS, de modo que o caso curitibano permite evidenciar um movimento duplo: por um lado é visível a maneira pela qual a cidade é um receptáculo do modo de agir e pensar perante a doença, por outro o município acolhe esta racionalidade e a replica em âmbito nacional e internacional.

Palavras-Chave: HIV/AIDS, Curitiba, governamentalidade.

ABSTRACT

This thesis aims to establish a systemic analysis of the practices of the municipal government of Curitiba during the years 2001-2020 concerning HIV/AIDS actions and policies. A critical theoretical framework guided this work and allow us to understand how the actions and rationales that govern Curitiba's policies on this theme are presented. Hence, this analysis aims to delineate how the rationality and practices originated by the World Bank and UNAIDS are interconnected as a form of governmentality and which, in turn, act on the local level. To achieve this goal we carried a bibliographic analysis based on Foucault's writings; also, a qualitative study, using primary and secondary sources, from the international to the local level, helped define practices and rationales in which the city of Curitiba is embedded concerning to this theme. This analysis sheds light on techniques and devices used to prevent the HIV/AIDS virus and demonstrates how the city of Curitiba incorporates this expertise and mimics government actions that are extensions of these institutions in its programs and policies public on HIV/AIDS. The case study of Curitiba provides evidence of a double movement: on the one hand, it is visible how the city is a receptacle of the way of acting and thinking about the disease; on the other hand, the municipality embraces this rationality and replicates it within the national and international scope.

Keywords: HIV/AIDS, Curitiba, governmentality.

LISTA DE SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
AHA	A Hora é Agora
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
BM	Banco Mundial
CDC	Center for Disease Control
CNAIDS	Conselho Nacional de DST, HIV/AIDS e Hepatites virais
COA	Centro de Orientação e Aconselhamento
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECOSOC	Conselho Econômico e Social das Nações Unidas
FEAS	Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde
GRID	Gay Related Immune Deficiency
GAPA	Grupo de Apoio a Prevenção da AIDS
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HSH	Homens que fazem sexo com homens
LGBT	Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros.
IAPPAC	International Association of Provider of AIDS Care
IFTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
NASTAD	National Alliance of State and Territorial AIDS

ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OIT	Organização Mundial do Trabalho
ODM	Objetivos do Milênio
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PEA	Programa Especial de AIDS
PGA	Programa Global de AIDS
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PREP	Profilaxia Pré-Exposição
PMC	Prefeitura Municipal de Curitiba
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento
PN-DST/AIDS	Programa Nacional de DST/AIDS
SMSC	Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba
SUS	Sistema Único de Saúde
TRIPS	Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights
UDIs	Usuários de Drogas Injetáveis
UNESCO a cultura	Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e
UNFPA	Fundo de Populações das Nações Unidas

UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNGASS	Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNITAID	Innovation in Global Health
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - BLOCO FINANCEIRO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SEUS COMPONENTES, COM BASE NA PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO GM/MS 6, DE 2017	114
FIGURA 2 - FLUXOGRAMA DOS INCENTIVOS PARA AÇÕES DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE IFTs, HIV/AIDS, CONFORME DESCRITO PELA PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO GM/MS 6, DE 2017	116
FIGURA 3 - EVOLUÇÃO DA OCUPAÇÃO URBANA DE CURITIBA ENTRE 1654-2012.	121
FIGURA 4 - EQUIPAMENTOS MUNICIPAIS DE SAÚDE CURITIBA - 2018.....	123
FIGURA 5 - ESTRUTURA PARA A SEGUNDA GERAÇÃO DE MÉTODOS DE GERENCIAMENTO E MONITORAMENTO DO HIV/AIDS.....	192

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - FREQUÊNCIA POR ANO DE DIAGNÓSTICOS POSITIVOS DE AIDS ENTRE 1999 E 2003 NA CIDADE DE CURITIBA	135
GRÁFICO 2 - EXECUÇÃO DOS INCENTIVOS DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2004 A 2007	146
GRÁFICO 3 - FREQUÊNCIA POR ANO DE DIAGNÓSTICOS POSITIVOS ENTRE 2004 E 2007 NA CIDADE DE CURITIBA.....	147
GRÁFICO 4 - EXECUÇÃO DOS INCENTIVOS DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2008 A 2009	152
GRÁFICO 5 - EXECUÇÃO DOS INCENTIVOS DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2010 A 2013	160
GRÁFICO 6 - FREQUÊNCIA POR ANO DE DIAGNÓSTICOS POSITIVOS ENTRE 2010 E 2013 NA CIDADE DE CURITIBA.....	161
GRÁFICO 7 - METAS DO PLANO DE AÇÕES E METAS ESTABELECIDAS PELA SMSC ENTRE 2003 E 2013	162
GRÁFICO 8 - FREQUÊNCIA POR ANO DE DIAGNÓSTICOS POSITIVOS ENTRE 2014 E 2015 NA CIDADE DE CURITIBA.....	166
GRÁFICO 9 - FREQUÊNCIA POR ANO DE DIAGNÓSTICOS POSITIVOS ENTRE 2016 A 2020 NA CIDADE DE CURITIBA.....	170
GRÁFICO 10 - FREQUÊNCIA POR ANO DE DIAGNÓSTICOS POSITIVOS ENTRE 2001 A 2020 NA CIDADE DE CURITIBA.....	171
GRÁFICO 11 - METAS ESTABELECIDAS PARA O ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS ENTRE 2003-2020	173

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2003	133
TABELA 2 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2004-05	138
TABELA 3 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2006	140
TABELA 4 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2007	142
TABELA 5 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2008	148
TABELA 6 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2009	150
TABELA 7 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2010	153
TABELA 8 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2011	155
TABELA 9 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2012	157
TABELA 10 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2013..	159

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	20
2. A CAIXA DE FERRAMENTAS DE MICHEL FOUCAULT: SUAS PRÁTICAS, DISCURSOS E RACIONALIDADES.	27
2.1.1 O aspecto arqueológico e a iminência do saber	28
2.1.2 Por uma gênese combativa: a ascensão da genealogia	33
2.1.3 A ética enquanto uma compreensão de si mesmo e de outrem.....	39
2.2.1 A microfísica do poder	44
2.2.2 A conduta da conduta enquanto uma sistemática de governo	46
2.2.3 A emergência do poder disciplinar.....	50
2.2.4 A Biopolítica e seus desdobramentos conceituais imediatos: o advento da população e suas tecnologias de segurança	56
2.3.1 A governamentalidade e suas funcionalidades: a emergência de um viés de análise	64
2.3.2 A racionalidade neoliberal: o agente de si mesmo	69
2.3.3 Delimitando a entropia: a governamentalidade global	73
2.4 Considerações Finais do capítulo	80
3. O PAPEL DAS INSTITUIÇÕES MULTILATERAIS: A ASCENSÃO DO PROBLEMA HIV/AIDS	83
3.1 Como o HIV/AIDS mudou tudo: Texto e contexto de sua emergência	84
3.2 A ascensão e o papel da UNAIDS e do Banco Mundial ao HIV/AIDS e seus dispositivos de atuação	90
3.3 O HIV/AIDS e a resposta do governo brasileiro	101
3.4 Tecnologias técnico-administrativas sobre o HIV/AIDS no PN-DST/AIDS.....	109
3.5 Considerações Finais do capítulo	118
4. CURITIBA E SUAS AÇÕES DE ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS.	119
4.1 A caracterização do Município de Curitiba e seu sistema de saúde.....	120
4.1.1 Histórico da construção do Sistema de Saúde de Curitiba.....	124
4.2.1 Análise das Ações, Metas e Políticas do Município de Curitiba entre 2001-2003.	130
4.2.2 Análise das Ações, Metas e Políticas do Município de Curitiba entre 2004-2007.	136

4.2.3 Análise das Ações, Metas e Políticas do Município de Curitiba entre 2008-2009.	148
4.2.4 Análise das Ações, Metas e Políticas do Município de Curitiba dentre 2010-2013.	152
4.2.5 Análise das Ações, Metas e Políticas do Município de Curitiba dentre 2014-2015	164
4.2.6 Análise das Ações, Metas e Políticas do Município de Curitiba entre 2016-2020	167
4.3 Considerações Finais do Capítulo	174
5. DO GLOBAL AO LOCAL: DE INSTITUIÇÕES INTERNACIONAIS À CURITIBA	177
5.1 Curitiba enquanto cidade imagem e modelo	178
5.2 A racionalidade e o governo do HIV/AIDS em Curitiba	181
5.3 A atuação da UNAIDS e do Banco Mundial e os impactos na cidade	189
5.4 As Políticas de HIV/AIDS em Curitiba	198
5.5 Considerações Finais do Capítulo	203
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	205
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	211

1. INTRODUÇÃO

A problemática do HIV/AIDS¹ teve sua gênese na década de 1980 e, de acordo com dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), que é reconhecida enquanto o principal *think tank* sobre a temática, já ceifou em valores estimados 32 milhões de vidas. Além disso, nos dias atuais há 37,9 milhões de indivíduos convivendo com o vírus (UNAIDS, 2019). É um fenômeno multidisciplinar e plural. Na tentativa de contenção da proliferação do vírus desde a década de 1980 há uma miríade de atores e arenas que se entrelaçam, desde organizações multilaterais, Estados e governos locais, até o terceiro setor. Por conta da rápida disseminação da doença e o fato da mesma ser vulgarmente atrelada à conduta individual dos indivíduos, a doença ainda é estigmatizada mesmo com quase quatro décadas desde o aparecimento do primeiro caso em 1981.

Enquanto um objeto de discurso nos países do norte, a doença se tornou notória como uma ameaça internacional por um discurso no Conselho de Segurança das Nações Unidas em 10 de janeiro de 2000 pelo então embaixador para as Nações Unidas, Richard Holbrooke, após uma visita aos Estados africanos. Ao que tange a emergência do problema do HIV/AIDS em escala global, Pereira (2011 p. 2) afirma que, a partir do início do século XXI, a academia de relações internacionais começou a testemunhar a ascensão de uma agenda que conecta tanto os aspectos da segurança nacional, quanto questões epidêmicas² (BARNETT, 2006; PETERSON, 2002). Alavancado pelas preocupações dos Estados Unidos com segurança internacional, o orçamento destinado aos fundos de tratamento e prevenção da doença passaram de US\$ 64 milhões de dólares em 1994 para US\$ 500 milhões no ano de 2000, com a proposta de que em 18 meses o Banco Mundial dobrasse o valor investido, caso fosse necessário, iniciando desse modo a

¹ Importante ressaltar que ser portador do vírus do HIV não é o mesmo que possuir aids. O HIV é o vírus da imunodeficiência humana e que pode vir a se transformar em um vírus da imunodeficiência adquirida – AIDS, este que ataca o sistema imunológico humano.

² As noções relacionadas a epidemias aliadas a uma perspectiva de segurança internacional se demonstram enquanto um tópico consolidado nos estudos de Relações Internacionais. Isso se dá pela emergência constante de epidemias em escala global, requerendo ações governamentais e internacionais, envolvendo as pastas de: saúde, defesa e diplomacia. Somente entre o período de 2009 a 2019 vimos a ascensão de algumas delas: H1N1 (2009), Síndrome Respiratório do Oriente Médio (2012), Ebola (2013), Síndrome Respiratória Aguda Grave (2015) e, recentemente, o Coronavírus (COVID-19) (2019-2020).

aproximação do banco com o tema, visando a supressão do vírus. Em 2002, o *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* foi criado, com um aporte de US\$ 4 bilhões de dólares. Em 2006, surge a *Innovation in Global Health* (UNITAID), tendo como membro fundador o estado brasileiro (UNAIDS, 2019).

Hoje, o aporte para a doença em âmbito global é de US\$ 19 bilhões de dólares. A contribuição do Banco Mundial (BM) para o HIV/AIDS no Brasil é considerado por alguns autores e pelo próprio Ministério da Saúde como essenciais no combate à doença no início do século XX (FONTES, 1999; MATTOS, 2001). Exposto pelo programa AIDS I, AIDS II, AIDS III e SUS-Aids (AIDS IV) o financiamento a tratamentos e programas de prevenção foi de 492 milhões de dólares durante a vigência dos quatro programas que se concentram no período de 1994-2015. (BANCO MUNDIAL, 2001, p. IX; 2005, p. i)

Os quadros de HIV/AIDS no Brasil são considerados estáveis. De acordo com o Ministério da Saúde (2019) atualmente 866 mil pessoas convivem com o vírus. Muito embora apresentado enquanto um quadro estável, os casos tiveram uma alta de 21% na contração da doença entre os anos de 2010-2018 (UNAIDS, p. 8, 2019). De acordo com o mesmo relatório, isto significa que em números o país em 2010 registrou 44 mil novos casos e 53 mil em 2018. No município de Curitiba, há 12.868 indivíduos convivendo com o vírus. (CURITIBA, 2019, p. 6)

A cidade de Curitiba é considerada um modelo de gestão e eficácia sobre o HIV/AIDS, reduzindo a zero o índice de transmissão vertical³ e foi pioneira ao assinar a Declaração de Paris⁴ em 1º de dezembro de 2014. Declaração esta que prega um avanço nos quadros do HIV/AIDS conhecidos como 90-90-90. Em suma, tenta-se estabelecer até 2020 um percentual de: a) 90% das pessoas que possuem o vírus devem deter conhecimento do fato; b) 90% das pessoas que sabem que possuem o vírus devem estar recebendo tratamento antirretroviral⁵; c) 90% das pessoas em tratamento com a carga antirretroviral devem tê-las de modo indetectável. Este objetivo também fora correlacionado com os Objetivos do Milênio

³ A transmissão vertical acontece pela passagem do vírus entre mãe e filho.

⁴ A declaração de Paris, proposta pela UNAIDS, detém como principal meta acabar com a epidemia da AIDS em 2030. Meta que deve ser atingida localmente pela gestão da cidade signatária.

⁵ De acordo com Nunes Júnior e Ciosak (2008, p. 1004) os antirretrovirais são drogas para o tratamento de infecções causadas pelo HIV/AIDS.

e hoje é compatível com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável⁶ onde são elencados 17 objetivos e 169 metas globais.

Ao analisarmos os relatórios da Gestão Municipal de Curitiba, Secretária de Saúde de Curitiba e os Planos de Ações e Metas referentes a cidade, destacamos que, entre os anos de 2001-2020, foram encontradas 259 ações da prefeitura municipal referente ao tema do HIV/AIDS. Foram constatadas 90 ações com relação a Promoção, Prevenção e Proteção, 83 metas relacionadas ao Diagnóstico, Tratamento e Assistência aos soropositivos, de 70 metas oriundas da capacidade gerencial e de gestão, também foram apresentadas 2 parcerias com Organizações da Sociedade Civil. Houve 8 conferências dentre elas municipais, nacionais e internacionais sobre o tema, tendo como atuante uma delegação burocrática do município, quatro premiações (três em âmbito nacional e outra pelo OPAS/OMS, todas evidenciando suas “boas práticas”) e uma iniciativa de cooperação levada pela ONU/OMS a países da África e da Ásia para conter o avanço da transmissão vertical do HIV/AIDS de mães para filhos. Por fim, uma parceria entre a Secretária de Saúde de Curitiba e a Fundação da Universidade Federal do Paraná (FUNPAR). Ainda assim, o principal agente na cidade para o combate e prevenção do HIV/AIDS é o Centro de Orientação e Aconselhamento (COA), que oferece testes rápidos para a detecção do vírus e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Para além disso, é interessante frisar que o tratamento antirretroviral é fornecido gratuitamente de acordo com a lei Nº 9.313 de novembro de 1996 pelo Sistema Único de Saúde, além da notificação do agravo sobre HIV/AIDS deter um quadro onde é compulsória sua notificação em âmbito federal, sendo respeitado pela prefeitura municipal.

Vista enquanto cidade-modelo em educação, meio-ambiente, sustentabilidade e com um ambiente favorável a negócios, Sánchez (2001) afirma que a cidade de Curitiba possui seu próprio *ethos*. É uma cidade ímpar pela sua notória capacidade de inserção no contexto internacional por ser uma “cidade-modelo” permeada por instâncias discursivas, onde se utilizam e coadunam com

⁶ Interessante frisar que a Câmara Municipal de Curitiba aprovou em 15/10/2019, por preposição da vereadora Maria Leticia Fagundes, o projeto de lei nº 005.00365.2017 que visa instituir a Implementação da Agenda 2030 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas na cidade de Curitiba.

instituições políticas e produtoras de discursos, tendo o governo local, a mídia, as instituições supranacionais e agências multilaterais como suas apoiadoras.

O papel das agências multilaterais na determinação da agenda da cidade é compreensível visto “sequências de premiações outorgadas à Prefeitura Municipal de Curitiba pelas mesmas agências, além de destaques em seus relatórios anuais e numerosos artigos de difusão internacional elaborados por consultores do Banco Mundial e da ONU” (SANCHEZ, 2001, p. 32). Em concordância, Mèrcher (2016, p. 192) atesta que isto decorre do fato de que as orientações de agências multilaterais incentivam tais cidades por meio de ofertas de capital, desde que concordem e sigam seus conceitos de desenvolvimento e ideologia.

Isto posto, é reconhecido que o dinamismo e a complexidade do HIV/AIDS em sua escala micro, meso e macro se mostra cada vez mais presentes. Como afirmam Villarinho *et al* (2013, p. 272) um conjunto de intervenções, mecanismos e assistências voltadas à qualidade de vida do indivíduo com HIV/AIDS sempre estiveram no esquadro das políticas públicas de saúde, culminando em diversas leis e programas para a população soropositiva. Contudo, sempre com o caráter de urgência das ações adotadas para se provar uma reação ao avanço da doença.

Portanto, o estudo em tela propõe uma abordagem diferenciada ao caso curitibano, por meio das ferramentas teóricas de Michel Foucault, fazendo-se possível enxergar o problema efetuando uma discussão que evidencie racionalidades específicas e estruturas de saber que se entrelaçam entre sujeito eujeitado, políticas públicas e a parcela da população soropositiva. Buscamos estabelecer uma análise sistêmica das ações do governo municipal de Curitiba no tocante ao HIV/AIDS, munidos de um referencial teórico crítico, que nos permita a compreensão das racionalidades propostas na concepção do problema e na sua avaliação política. Assim, fomentamos a utilização de conceitos estabelecidos por Michel Foucault (1926-1984). A escolha do referencial teórico se apresenta pela singularidade da obra de Michel Foucault. E também por um fator simbólico, o autor fora acometido pela doença. O mesmo possui escritos que versam desde temas como a loucura até as subjetivações históricas sobre qual a conduta sexual se torna o epicentro de sua análise. Discutindo sobre assuntos como: a heterogenia do

conceito de poder, racionalidades que permeiam o modo pelo qual consolidamos um saber e por consequência o modo que compreendemos determinados objetos, até estudos sobre a ética e o cuidado de si e de outrem. No núcleo destas análises há, ainda, uma organicidade que só é desvendada caso nos aventuremos a compreender o filósofo como um todo.

Pautados pela literatura, trabalhamos com uma questão chave; de que forma é exercida a governamentalidade referente ao tratamento e prevenção do HIV/AIDS em Curitiba de 2001 a 2020? Para respondermos esta pergunta, elencamos o objetivo geral e quatro objetivos específicos a serem efetivados ao decorrer do presente estudo em tela. Tais quais: i) Realizar uma revisão teórica dos estudos de Michel Foucault; ii) Compreender de que maneira o Banco Mundial e UNAIDS, auxiliaram na resposta ao enfrentamento da doença no Brasil; iii) Examinar as ações e políticas de enfrentamento ao HIV/AIDS em Curitiba durante o período de 2001-2020; d) Promover uma análise crítica das mesmas ações e políticas por meio de um ferramental teórico foucaultiano. Assim, o propósito deste trabalho é analisar as ações em prol da erradicação do HIV/AIDS no município de Curitiba e, por meio delas, compreender como se estrutura a governamentalidade global em âmbito local.

O argumento central da tese é que a concepção de saberes e práticas relacionadas ao HIV/AIDS no município de Curitiba durante o período de 2001 a 2020 está interconectada com práticas que recaem sobre a população soropositiva enquanto uma forma de governamentalidade pautada em uma racionalidade neoliberal. Neste sentido, a hipótese que levantamos é que o conceito de governamentalidade assume contornos que são visíveis em seu modo de pensar e estabelecer diretrizes governamentais legitimando e produzindo componentes disciplinares e biopolíticos referente as políticas públicas de HIV/AIDS no município de Curitiba.

Portanto, no segundo capítulo buscamos efetivar uma revisão da literatura referente as obras de Michel Foucault (1926 – 1984). Neste ínterim, serão abordados os conceitos e metodologias do autor que possuem relevância para a presente tese. Neste sentido, tentamos abrir e elucidar sua “caixa de ferramentas”,

perpassando conceitos-chaves para o entendimento do trabalho, além de estabelecer uma revisão teórica do autor.

No capítulo seguinte, busca-se a compreensão da agenda no tocante ao tema de HIV/AIDS por meio de instituições multilaterais que são filiadas ao sistema das Nações Unidas, visando difundir técnicas e dispositivos de governo sobre a doença em um cenário multinível, afim de compreender a proporção e a importância dos empréstimos destinados ao Brasil para as ações destinadas ao enfrentamento do HIV/AIDS.

No capítulo subsequente far-se-á um levantamento das ações realizadas na cidade de Curitiba, em decorrência do fenômeno do HIV/AIDS por meio de uma extensa análise documental com o intuito de compreender o modo pelo qual a cidade lidou com o fenômeno no período de 2001-2020. Para tal, fizemos uma análise documental, analisando fundamentalmente quatro fontes de dados: a) Relatórios de Gestão Municipal; b) Relatórios disponibilizados pela Secretária de Saúde de Curitiba; c) Planos de Ações e Metas; d) DATA-SUS.

Por fim, no quarto e último capítulo, busca-se analisar e elucidar de maneira crítica as ações para o HIV/AIDS, utilizando-se do prisma teórico exposto por Michel Foucault, com a intenção de demonstrar como as ações e práticas efetuadas pela cidade estão interconectadas com aspectos globais, além de elucidar a racionalidade que guia o tratamento para o HIV/AIDS na cidade.

O modo pelo qual a pesquisa foi conduzida parte de uma análise qualitativa. Tendo como principais métodos a análise bibliográfica, a análise documental e sendo as ações sobre o HIV/AIDS nosso objeto de estudo. A análise bibliográfica se apresenta no primeiro e no segundo momento da pesquisa, onde visa-se uma revisão do arcabouço intelectual foucaultiano. A segunda frente diz respeito a textos referentes aos aspectos que transcendem o entendimento de Foucault sobre a questão da governamentalidade e, consequentemente, que nos ajudem a compreender como se estabelece uma racionalidade neoliberal, com o intuito de elucidar o papel de agências multilaterais no tocante a construção de conhecimento sobre o HIV/AIDS. A estratégia de utilizarmos os escritos de Foucault enquanto referência basilar para o trabalho, suscita de uma investigação que busca identificar

a maneira pela qual o saber premeditado sobre a doença ainda é visível na concepção das ações e metas da cidade durante estes vinte anos. De maneira que tanto os aspectos da construção do saber, quanto da sua efetiva catalogação em laudos, políticas e metas serão abordados durante o decorrer do trabalho, propondo discussões que perpassam as diversas fases do pensamento do autor.

O recorte espacial se dá por algumas razões. A escolha por Curitiba se deu pelo seu ímpeto de ser consolidada enquanto: a) uma cidade inovadora e que se insere nas “boas-práticas” de saúde; b) possuir ações contínuas para o enfrentamento e a prevenção do HIV/AIDS; c) ser uma exportadora de conteúdo em âmbito nacional, local e global em assuntos referentes ao tema. O recorte temporal se inscreve: a) pelo estabelecimento dos Objetivos do Milênio em 2000; b) pela meta de 90-90-90 estabelecida até 2020; c) pela dimensão que o HIV/AIDS alcança na seara internacional após os aportes financeiros feitos por instituições multilaterais; e d) pela continuidade das ações de HIV/AIDS, mesmo com alterações políticas no cenário nacional e local.

2. A CAIXA DE FERRAMENTAS DE MICHEL FOUCAULT: SUAS PRÁTICAS, DISCURSOS E RACIONALIDADES.

Meu discurso é, evidentemente, um discurso de intelectual e, como tal, opera nas redes de poder em funcionamento. Contudo, um livro é feito para servir a usos não definidos por aquele que o escreveu. Quanto mais houver usos novos, possíveis, imprevistos, mais eu ficarei contente. Todos os meus livros seja História da Loucura seja outros podem ser pequenas caixas de ferramentas. Se as pessoas querem mesmo abri-las, servirem-se de tal frase, tal ideia, tal análise como de uma chave de fenda, ou uma chave-inglesa, para produzir um curto-circuito, desqualificar, quebrar os sistemas de poder, inclusive, eventualmente, os próprios sistemas de que meus livros resultam, pois bem, tanto melhor! (FOUCAULT, 2006, p. 52)

Neste primeiro capítulo, utilizaremos nossas próprias considerações sobre as teorias de Michel Foucault (1926 – 1984). São ferramentas ímpares que possibilitam uma abordagem particular do modo de construção de saberes e práticas fundamentais para nossa problemática acerca do HIV/AIDS. Esta etapa será dividida em três seções: inicialmente, abordaremos sua trajetória metodológica. Em seguida, discutiremos suas noções relacionadas ao poder, às tecnologias de poder e às tecnologias de segurança. Finalmente, adentraremos a seara da governamentalidade, extrapolando-a para uma racionalidade neoliberal, a fim de compreendermos como se estrutura e se apresenta a governamentalidade global, um termo não desenvolvido nos estudos do autor.

Em seus estudos arqueológicos, Foucault busca desvelar a forma pela qual são construídos os saberes – ou a episteme – que tornam possíveis compreendermos os objetos de maneira que se observe sua gênese e suas transmutações. No campo genealógico, busca-se a emancipação de determinados tipos de saberes, e é este constante desbravamento entre as formas de subjetivação que faz emergir a noção do que é o conceito de poder em suas análises. Ao campo da ética, fase final de pensamento do autor, tentar-se-á estabelecer como se caracteriza o cuidado de si mesmo – uma ética que parte do próprio indivíduo e nele se finda.

Ao considerarmos a variável do poder, consideramos necessário definir suas tecnologias: governo, poder disciplinar e a biopolítica. Isto para que eventualmente seja possível compreender o método e o modo pelo qual o poder pode ser exprimido

diante do que Foucault chama de população, esta por sua vez correlacionada com as tecnologias de segurança, bem como métodos e cálculos que permitem a racionalização de mecanismos e práticas para gerenciar o homem enquanto espécie. Também adentraremos a seara da governamentalidade, uma união entre as noções de mentalidade e de governo, a fim de compreendermos por quais meios se apresenta a questão do governo e como as racionalidades operam. É então que damos um salto: analisaremos finalmente a racionalidade neoliberal atrelada à sistemática do governo. Por fim, elencamos o que vem a ser governamentalidade global, que permite este agir à distância, delimitando práticas e racionalidades em searas globais.

2.1.1 O aspecto arqueológico e a iminência do saber

A primeira fase do pensamento de Michel Foucault, compreendida por sua fase arqueológica, remonta a uma tentativa de compreender a ascensão e a estabilização de conhecimentos, científicos ou não. Ela possui também o intuito de delimitar como estes podem vir a modelar e construir o caráter epistêmico de um tempo-espço historicamente situado. As principais obras deste período são: “A História da Loucura” (1961); “O nascimento da Clínica” (1963); “As palavras e as Coisas” (1966) e, por fim, a “Arqueologia do Saber” (1969). Nestes escritos, Foucault procura demonstrar a ascensão e as diferentes mutações conceituais que determinado objeto, conceito ou ser histórico possam vir a sofrer durante determinado período. O interesse do autor se dá por tentar apartar símbolos conceituais de seu objetivo último: demonstrar a diferença entre o louco e a loucura, demonstrar que os hospitais podem ser zonas geográficas de exclusão e, por fim, descaracterizar a cientificidade de postulados e discursividades universais. A escolha do autor de tratar, em seus primeiros textos, os objetos da loucura e do hospital não foi mero acaso: Foucault fora internado em hospitais psiquiátricos após uma tentativa fracassada de suicídio em 1948, quando o autor sofria com o diagnóstico do que à época se consideravam “transtornos de sexualidade”.

Por meio da arqueologia, o subterfúgio, o contingente e o transitório permeiam um dos eixos indispensáveis do pensamento de Michel Foucault: a descontinuidade. Compreendida enquanto um ferramental, a fase arqueológica procura estabelecer uma técnica, uma estratégia que confronte a conformação do saber. Em seu projeto arqueológico, Foucault (2008c, p. 131) propõe rupturas no processo da formação do discurso. Este pode ser encarado como um “conjunto de enunciados que se apoia em um mesmo sistema de formação” de maneira que “o discurso é constituído por um conjunto de sequência de signos, enquanto enunciados particulares de existência”. Na perspectiva de Foucault, o discurso se separa da imutabilidade a ele relegada e se conforma em uma rede entrelaçada e heterogênea, instaurando desta forma a episteme de uma época específica, base das condições para a ascensão de práticas discursivas. É neste ínterim que a noção de enunciado toma forma e deve ser definida. Para Foucault (2008c, p. 133), o enunciado se refere “a coisas ditas, a frases que foram realmente pronunciadas ou escritas, a elementos significantes que foram traçados ou articulados” e, mais importante, – à singularidade que o denota enquanto um saber válido e o faz existir. Conforme afirmam Giacomoni e Vargas (2010, p. 123), a figura enunciativa só se faz viável se apresentar uma conexão com a materialidade e a uma ordem institucional que, por sua vez, possua uma estrutura e uma relação de poder.

De tal maneira Thiry-Cherques (2010, p. 221) afirma que o campo arqueológico se apresenta de um modo diferente da história das ciências ou da própria filosofia, pois o procedimento arqueológico encontra seu interesse nos “conhecimentos, mesmo aqueles (des)qualificados como ingênuos ou não científicos, os saberes particulares, as formas de pensar das pessoas”, ainda que esteja em camadas mais “inferiores” ou subjugadas pela estrutura sociopolítica do real. Em concordância, Araújo (2007, p. 90) alega que Foucault não possui como preocupação central revisitar ou se apropriar do campo da história das ideias ou da história das ciências, mas compreender um emaranhado de possibilidades e condições históricas pelo qual o saber se pode constituir, tendo em vista os conceitos, teorias, conhecimentos e reflexões possíveis em um determinado período histórico. Em suma, o que se pretende com o espectro arqueológico é se

aproximar das trajetórias discursivas e apresentar a sua correlação com a história *per se*, buscando compreender a emergência de um determinado tipo de discurso em um determinado campo do conhecimento. É esse o modo por que as práticas discursivas refletem e culminam em uma trajetória epistêmica limitada pelo seu espaço e tempo.

Na visão de Lima (2010), a estratégia arqueológica defendida por Foucault (2011) pode ser sumariada em cinco pontos: a) a compreensão da experiência de linguagem e de representações que cada período histórico detém; b) a dicotomia entre mesmo/outro no conhecimento; c) o lugar que tempo e espaço ocupam na estrutura do conhecimento; d) as técnicas de isolamento que se encontram dentro do objeto de conhecimento e; e) a concepção ontológica em que o homem se sustentou quanto a suas limitações e solução de problemas relativos à vida, como produção econômica, linguagem e biologia.

Tais noções são determinadas por um momento histórico específico, que define a maneira pela qual o conhecimento é construído e difundido. Assim, delimita-se o agrupamento de saberes do que é possível ser nomeado em uma estrutura científica de determinada época. Na visão de Lima (2010, p. 162), o processo de emergência das epistemes não possui uma essência consciente: opera e emerge de maneira natural e orgânica. Da mesma forma, Nalli (2002, p. 60) argumenta que o objeto de saber da arqueologia interessa-se por outra coisa que não a ciência, mas aquilo que Foucault determina como *saber*.

Foucault (2008c, p. 43) não chega a ser claro quanto a delimitação do que é o *saber*, além de ser o objeto da arqueologia. Porém, pelo conceito de “regras de formação”, o autor estabelece as condições de submissão do conhecimento como “objetos, modalidade de enunciação, conceitos e escolhas temáticas”. Determina, então, que tais regras de formação são imperativas para que se compreendam as “[...]condições de existência e manutenção, de modificação e de desaparecimento em uma dada repartição discursiva” (FOUCAULT, 2008c, p. 43). Thiry-Cherques (2010, p. 221- 222) afirma que o a reação de uma determinada época frente a um objeto não configura progresso ou atraso em relação à forma pela qual este mesmo

objeto fora compreendido em outros tempos, pois o saber possui em seu âmago uma conotação positiva, que delimita a sua episteme. Deste modo, seus significados são cambaleantes e transitórios – só é possível compreender o objeto a partir de sua própria época e gênese.

O fazer arqueológico compreende uma investigação das condições que possibilitaram a emergência dos discursos gerais de saber, levando em consideração a filosofia, o arcabouço político-econômico e a conjuntura social da época analisada a fim de dotar certa coerência sobre a natureza do conjunto de saberes de um determinado momento. Deste modo, a arqueologia pode ser compreendida como uma espécie de ferramental teórico que busca a independência do sujeito moderno, criando saberes e significados a partir de seus próprios conhecimentos e representações. Ela tem suas próprias estruturas de análise, bem como estruturas socioespaciais que detêm a função de hierarquizar e apresentar como se estabelece a ascensão destes saberes. Foucault (2008b, 2011) busca fragmentar esses saberes, buscando não apenas a trajetória das ideias, mas sim sua substância. Só assim, postula, é possível entender como se deu o desdobramento desses embates semânticos no campo histórico e conceitual.

Em *As Palavras e as Coisas* (2011), Foucault identificou três períodos históricos que foram marcados e delimitados por epistemes com diferentes características entre si: a pré-clássica, até o fim do século XVI (também chamada de *era da semelhança*). A clássica, marcado pela *era da representação*, entre o início do século XVII até o século XVIII; e, por fim, a episteme moderna, que se dá pelo advento da *era da história*, estabelecido do final do século XVIII até os dias de hoje.

Na perspectiva de Lima (2010), a *era da semelhança* se estabelece até o século XVI. Nela, o conhecimento poderia ser entendido como um reflexo da natureza, de modo que a linguagem – e, por sua vez, o conhecimento – encontrava seu aporte no modo como as “coisas” eram identificadas por meio da analogia. A tarefa do sujeito era identificar e conectar o que derivava da procedência divina, tendo Deus como o objeto e a fonte de conhecimento. Na *era da representação*, o conhecimento é atribuído à natureza e sua delimitação espaço-temporal é notada e

desmistificada. A filosofia da linguagem empregada encontra um discurso composto por técnicas e procedimentos onde se torna possível analisar e ordenar os objetos. Neste período, o conhecimento deixa de ser atribuído à semelhança, de modo que o homem não é incumbido da tarefa de elucidar o mundo, mas apenas representá-lo. Trata-se de um mundo onde o conhecimento divino não é mais o imperativo, e demanda aos homens ações e sistemas que compreendam e hierarquizem o conhecimento (LIMA, 2010). Por fim, na *era da história* se estabelece a interpretação como modelo de conhecimento, enfatizando-se a emergência da política econômica. Já não é mais possível delimitar o conhecimento por meio de sua representação; é necessário olhar os objetos a fundo, com o intuito de elucidá-los. Conforme aponta Lima (2010), a história é vista como uma estrutura por onde o conhecimento deve permear. O “homem”, portanto, é o responsável não só por sua representação, mas também por se tornar o centro do conhecimento. Certo disso, na era da história “o homem seria o objeto das ciências empíricas – vida, trabalho e linguagem [e] o homem passa a ser convertido em fundamento filosófico para a possibilidade do acontecimento”. (LIMA, 2010, p.169)

Deste modo, Foucault (2008a) estabelece uma demarcação entre a discursividade dos saberes e uma mutualidade com o campo histórico e o entendimento da verdade – já dita, arranjada, usurpada. É a partir dessa interconexão, portanto, que se expressam determinados tipos de saberes e práticas discursivas. Conforme afirma Thiry-Cherques (2010, p. 221), o fazer arqueológico compreende uma investigação das condições que possibilitaram a emergência dos discursos gerais de saber, levando em consideração as condições filosóficas, institucionais, sociais, econômicas e políticas, para delimitar a coerência sobre uma episteme em um dado momento. O entendimento sobre determinados objetos representa somente aquilo que sua época pode sustentar e compreender e um saber específico não implica necessariamente em um avanço ou um retrocesso, mas sim às condições disponíveis para compreendê-lo.

A arqueologia de Foucault se concentra em uma constante transformação e ressignificação de seus princípios. É a partir delas que Foucault (2008c) desenvolve,

no fim dos seus estudos arqueológicos, um interesse profundo em compreender como se apresentam as imbricações entre a consolidação e a sistematização de conhecimentos – *saber* – e como estes mesmos podem operar – *poder*. É nessa fase que iniciamos os estudos genealógicos de Michel Foucault.

2.1.2 Por uma gênese combativa: a ascensão da genealogia

O interesse de Foucault pela genealogia se apresenta pela busca por uma metodologia que apresente tanto um caráter discursivo quanto novos contornos e operações de uma face do poder que se mostra difusa, heterogênea e visível em todo o corpo social. Diferentemente do “jovem” Foucault e suas obras predominantemente arqueológicas, a genealogia é uma tentativa de correlacionar duas forças: saber e poder. Foucault passou a se interessar pelos temas a partir do seu ingresso no Collège de France, quando ocupou a cátedra de História dos Sistemas de Pensamento, em 1970. Suas principais contribuições neste período compreendem o primeiro tomo da História da Sexualidade, Vigiar e Punir e também a tríade de seus cursos na mesma universidade, chamados de *Genealogia do Poder*, que compreendem: “Em Defesa da Sociedade”, “Segurança Território e População” e “O Nascimento da Biopolítica”, cursos ministrados entre 1975 e 1979. O interesse em despir o véu destas interconexões entre o saber e a temática do poder também toma forma como objetivo pessoal do autor, engajado em causas sociais como a reforma do sistema prisional francês em 1971 – na empreitada, Foucault defendia que os detentos tivessem voz e corpo ativo nas negociações sobre as condições carcerárias do estado francês. (FOUCAULT, 2015b; RODRIGUES, 2010, p. 293)

Por esse interesse em compreender como se aparenta o núcleo embaraçado de discursos, bem como o conjunto de crenças e relações que dele pode emergir, é que se estabelece uma nova racionalidade histórica ao que tange o pensamento de Michel Foucault. A estrutura genealógica compreendida por Foucault é derivada de uma leitura *nietzschiana*, arquitetada de maneira a permitir a identificação da emergência dos conjuntos de saberes de uma determinada

episteme, garantindo ao sujeito técnicas, estratégias e forças relacionadas ao poder.

De acordo com Rodrigues (2010 p. 298), a busca de Foucault por um método que se inter-relacionasse com uma via capaz de fazer emergir a natureza relacional do poder o fez encontrar em Nietzsche um campo e um meio de combater o absolutismo da historiografia. A genealogia exposta por Foucault, por meio da “hipótese de Nietzsche”, compreende seu método e como este se manifesta como instrumento de luta e de emergência de saberes oprimidos ou relegados à margem histórica.

Em seu trabalho de 1971, intitulado “Nietzsche, a genealogia e a história”, o autor busca compreender como não recair em uma análise pautada na história de soberba universal, aquela que ergue “monumentos” a seus mártires, heróis e malfeitores. Foucault (2006, p. 34) descreve que Nietzsche é crítico desta história “monumental”, na qual se apresenta uma “veneração por obstruir as intensidades atuais da vida e suas criações.” Deste modo, diz que “história efetiva” é justamente o que se apresenta pelo trabalho do genealogista – e não do grande historiador preocupado com pontos de origem e ruptura, com constância historiográfica e seu delineamento. A genealogia se entrelaça à “história efetiva”, visto que este método “olha de um determinado ângulo, com o propósito deliberado de apreciar, de dizer sim ou não, de seguir todos os traços do veneno, de encontrar o melhor antídoto” (FOUCAULT, 2006, p. 30). Deste modo, Foucault se contrapõe a uma história que possui seu respaldo na verticalidade discursiva e na passividade dos discursos e enunciados históricos.

Foucault (2006, p. 17) retrata que a busca pela origem, *Ursprung* se desenvolve enquanto a noção de um alicerce originário. Na perspectiva do autor, Nietzsche a desenvolve e a contrapõe a outros dois princípios: *Herkunft* – proveniência; e *Entstehung* – emergência. A noção de *Herkunft* se abriga na capacidade do sujeito e do *ser* histórico de se projetar a uma raça, a uma comunidade biologicamente definida, de sangue ou de tradição - se entrelaça com o tipo social do indivíduo.

Não se trata, contudo, de buscar todas as suas similitudes e adequá-las por um padrão de especificidade, mas sim de descobrir e elencar suas individualidades, de maneira que “podem se entrecruzar nele e formar uma rede difícil de desembaraçar; longe de ser uma categoria de semelhança, tal origem permite ordenar, para colocá-las à parte, todas as marcas diferentes” (FOUCAULT, 2006, p. 20). A *Herkunft*, também nos permite reaver a multiplicidade de conceitos ou dos fenômenos pelos quais eles se fabricaram. Portanto, a proveniência também se mostra aproveitável para “demarcar os acidentes, os ínfimos desvios – ou ao contrário as inversões completas – os erros, as falhas na apreciação, os maus cálculos que deram nascimento ao que existe e tem valor para nós” para, por fim, demonstrar que “na raiz daquilo que nós conhecemos e daquilo que nós somos – não existem a verdade e o ser, mas a exterioridade do acidente” (FOUCAULT, 2006, p. 21).

A exploração da materialidade pela proveniência nos permite encontrar fissuras e pontos de rompimento: ela quebra e desmantela qualquer perspectiva anacrônica de se resplandecer a história. Possibilita, por outro lado, uma certa heterogenia naquilo que se considerava em conformidade com sua própria essência. Essa história, a *Herkunft*, é visível e se insere por meio do corpo dos indivíduos, não apenas enquanto seres biologicamente definidos. Ora: é sobre o corpo que se encontram trejeitos, sequelas, hábitos e cicatrizes de acontecimentos passados, de modo que também se enaltecem desejos, medos e angústias pelos quais este ou aquele homem e seus antecessores navegaram.

Assim, a “genealogia como análise da proveniência, está, portanto, no ponto de articulação do corpo com a história, ela deve mostrar o corpo inteiramente marcado de história e a história arruinando o corpo” (FOUCAULT, 2016, p. 22). Neste ponto, a análise da *Herkunft* deve enaltecer e demonstrar a história de oposição entre sujeitos e sujeitados, o jogo de enunciados que ocorre durante o fazer histórico, o ciclo de sujeição, e suas batalhas recorrentes. Desvia o olhar, portanto, o olhar do impassível; do neutro, iluminando a descontinuidade de crenças, conceitos, teorias e verdades não ditas. A proveniência ilumina suas falhas, omissões e confrontos. Em cada um destes pontos é possível observar

pontos de inflexão que denotam modalidades enunciativas particulares, singulares. Denotam, assim, sua emergência – sua *Entstehung*.

A *Entstehung* é uma espécie de emergência: uma cena em que arranjos de força e poder são mesclados, diluídos e dotados de um caráter mestiço. Pois, “(...) enquanto que a proveniência designa a qualidade de um instinto, seu grau ou seu desfalecimento, e a marca que ele deixa em um corpo, a emergência designa um lugar de afrontamento” (FOUCAULT, 2006, p. 24). A emergência, na visão de Foucault, é a visão de um “não lugar”: ela não possui um campo específico de ascensão, de modo que ninguém pode se glorificar pela sua aparição. Apresenta-se no meato, no interstício. A “emergência é, portanto, a entrada em cena das forças; é sua interrupção, o salto pelo qual elas passam dos bastidores para o teatro, cada uma com seu vigor e própria juventude” (FOUCAULT, 2006, p. 24). Nesse sentido há um decurso de dominação que se repete indefinidamente entre dominadores e dominados, e que passa a acontecer nesse “não lugar”, promovendo um ritual onde se impõem obrigações e direitos e se instrui uma mecânica binária e combativa entre dominadores e dominados: a guerra e a paz, o confronto e a sujeição.

A genealogia de *Entstehung* se estabelece como uma violência, pautada em um sistema de regras e padrões que seguem de dominação a dominação, e é “justamente a regra que permite que seja feita violência a violência e que uma outra dominação possa dobrar aqueles que dominam” (FOUCAULT 2006, p. 25). A violência se recrudesce, visto que para Foucault “as regras são vazias, violentas, não finalizadas; elas são feitas para servir a isto ou aquilo; elas podem ser burladas ao sabor de uns e de outros” (FOUCAULT, 2006, p. 25). E é para compreender este teatro cujo o palco atende regras de submissão e a violência do “não lugar” que a “genealogia deve ser a sua história: história das morais, dos ideais, dos conceitos metafísicos, história do conceito de liberdade ou da vida ascética, como emergências de interpretações diferentes” (FOUCAULT, 2006. 26).

Portanto, o fazer genealógico busca compreender como são instituídos, esquematizados, proliferados e aceitos a ascensão de determinados tipos de discursividades. É a partir do momento em que se busca compreender aspectos

intrínsecos sobre como o saber é construído e vociferado por movimentos discursivos que se introduz uma nova variável: o poder. Sua sistemática, apesar de cristalizada por meio do caráter genealógico, é uma constante no conjunto da obra de Michel Foucault. O autor afirma que o método arqueológico perpassa e se situa por meio da genealogia em sua aula de 7 de janeiro de 1976: “arqueologia é o método específico da análise de discursividades locais e a genealogia é a tática, a qual, uma vez descritas essas discursividades, traz a luz os conhecimentos dessujeitados que foram libertados delas”⁷.

Na mesma aula, Foucault (2005, p.13) define a genealogia como um “acoplamento dos conhecimentos eruditos e das memórias locais, acoplamento que permite a constituição de um saber histórico das lutas e a utilização desse saber nas táticas atuais”. De acordo com o autor (2005, 2008b, 2008c), a genealogia se propõe a procurar, emancipar e demonstrar as lutas e forças discursivas contínuas e descontínuas que estão atreladas ao presente. Portanto, por meio do aspecto genealógico, Foucault (2005, p. 15) busca estabelecer um meio de inserir saberes outrora subjugados na hierarquia que é própria da ciência. Isso seria uma espécie de empreendimento a fim de dessujeitar saberes e conhecimentos historicamente situados, dotando-os de uma capacidade de emancipação com o intuito de torná-los livres e capacitados a confrontar o saber unitário, fragmentado, formal e científico.

A genealogia busca pontos de ruptura, discursos omissos e verdades não ditas sobre determinados conceitos ou sujeitos históricos. Não é feita por vencedores, pois é composta por uma miríade de processos históricos que se entrelaçam, ocultam e ocasionalmente emergem. Assim, expõe perspectivas sincrônicas e universais, e as desmantela. Por si só, o aspecto genealógico se opõe a uma busca pautada na origem dos acontecimentos históricos. De acordo com Foucault (2006, p. 17), “procurar por uma tal origem é tentar reencontrar “o que era imediatamente, o ‘aquilo mesmo’ de uma imagem exatamente adequada a si”.

⁷Neste sentido, Foucault (1984, p. 50) também destaca esta interconexão entre a arqueologia e a genealogia, ao buscar uma “ontologia histórica” de nós mesmos, denotando que esta deveria demonstrar uma “coerência metodológica no estudo simultaneamente arqueológico e genealógico das práticas.

Assim, o filósofo continua, “[...] é querer tirar todas as máscaras para desvelar enfim uma identidade primeira”. Para o autor (2006, p. 17), o genealogista requer uma visão histórica dos fatos, justamente para revelar aquilo que seria “a quimera da origem” – discursividades que se complementam e formam uma amálgama que determina as possibilidades de usufruir das descobertas genealógicas.

Com o alicerce genealógico busca-se destoar as formas de poder, que se desdobram em táticas, técnicas e que, por sua vez, estão condicionadas para uma estrutura social, política e institucional. Poder este que se mescla e se difunde através de microcosmos individuais, não emana de apenas uma fonte ou de apetrechos legais: na perspectiva de Foucault, é impraticável a fantasia de uma teoria una e sobreposta sobre a natureza do poder. O poder é onisciente, é visível e invisível, se transubstancia por meio de relações cotidianas, por mecanismos, instituições e sujeitos que se emaranham, modelando e configurando a relação entre saber e verdade e a realidade à sua volta. De acordo com Rodrigues (2010, p. 300), o fazer genealógico implica não apenas em curiosidade niilista, mas procura ativar saberes outrora relegados à margem da história a fim de fazer uma contraposição a um conjunto de saberes e de práticas dominantes.

Dessa maneira, o alicerce genealógico é compreendido como um meio para atingir a emancipação e a libertação do sujeito moderno: não se trata de uma busca incessante por pontos de origem e fechamentos, mas de sua providência e ascensão, da subtração de suas generalidades e da emersão de suas diferenças. O que se busca é compreender como a consonância entre a tríade saber-poder-verdade se sustenta em mecanismos de poder atribuídos do sujeito àquele sujeito que procura a sua emancipação na entropia, no reino do fazer sincrônico e anacrônico do *ser* histórico.

Na análise de Machado (2006), o principal atributo da genealogia exposta por Foucault se dá pela correlação entre poder e saber: não há poder sem saber, do mesmo modo que não há saber sem poder. É por meio dessa interrelação que acontece a emancipação de sujeitos e enunciados antes silenciados, tornando todo o arcabouço genealógico uma via correlata entre estes mesmos conceitos. Em todo exercício de poder, há como pano de fundo um transbordamento em que se

vinculam as noções de saber: onde o saber opera, o poder emana. Neste sentido, o domínio da genealogia compreende um campo mais amplo, onde o discurso e suas práticas continuam sendo um fator importante de análise. Seu foco, porém, está em compreender os meandros nos quais se encontram as técnicas e táticas de poder entranhadas nas discursividades e em todo o corpo social.

Explicitado o campo da genealogia, chegamos ao que acreditamos ser a última fase do pensamento intelectual de Michel Foucault: a ética. Trata-se de uma fase crucial, pois nela se percebe uma modificação central nos escritos do autor. Se, em um primeiro momento, Foucault está preocupado em estabelecer uma ontologia histórica do conhecimento, estabelece em seguida campos de ação nos quais nos constituímos uns sobre os outros por meio das relações de poder. Por fim, o autor busca compreender a relação entre sujeito e moral, o que nos permite constituir enquanto agentes éticos. (FOUCAULT, 2014a, p. 223)

2.1.3 A ética enquanto uma compreensão de si mesmo e de outrem

A terceira fase de pensamento de Michel Foucault trata do campo da ética e da subjetividade. Comparada às demais, possui um menor engajamento do público acadêmico acerca de seus temas, talvez pela especificidade que permeia as obras que a compõem. Diferentemente da arqueologia, que busca estabelecer parâmetros epistemológicos para a consolidação dos saberes, e da genealogia, uma estratégia de defrontamento e constante oposição entre polos complementares, o prisma da ética para Foucault se concentra em demonstrar como os sujeitos se viram para eles mesmos e se estabelecem dentro de uma certa subjetivação pelo campo moral.

Este se relega à ética de si para consigo mesmo, sobretudo no campo da sexualidade. É nessa fase que se apresenta a noção de “conduzir-se”, de tomar para si a consequência de seus atos. O estudo da ética se estabelece sumariamente nos textos sobre a sexualidade nas obras de Michel Foucault. Obras como “A História da Sexualidade II: O uso dos prazeres” e a sua sequência, “História da Sexualidade III: O cuidado de si”, são referências basilares sobre o tema. Para além destes textos, outros escritos, discursos e entrevistas, dedicados à ética, à moral e

à sexualidade se concentram nos volumes V e IX da coleção “Ditos e Escritos”, encontrados nas edições brasileiras como “Ética Sexualidade e Política” e “Genealógica da Ética Subjetividade e Sexualidade”. Apesar de Foucault demonstrar interesse nestes temas desde o final da década de 1970, suas obras e excertos fundamentais para compreender a terceira etapa de seu pensamento foram publicados em 1984, ano de seu falecimento precoce por problemas neurológicos agravados pelo vírus da imunodeficiência humana – foi figura pública francesa a falecer pelo vírus.

Foucault (2004b, p. 208) alega que seu propósito é se debruçar sobre uma singularidade histórica que se estabeleceu sob o conceito de *sexualidade*. Para tal, busca apontar de que maneira a correlação entre um domínio de saber, de uma ou outra normatividade, pode operar nas formas de relação de si para consigo mesmo. Neste ínterim, o autor busca entender de que maneira certos tipos de comportamentos, regras, crenças e valores detêm a função de sistematizar os saberes – enquanto práticas, esquemas, conceitos e teorias – e diferenciar o normal do anormal, ou o aceitável do abominável, aquilo que se reflete e se espelha em um modo de relacionamento do indivíduo para consigo mesmo. Neste sentido, Foucault (2014b, p. 212), descreve que “o projeto de uma história da sexualidade estava ligado ao desejo de analisar mais de perto o terceiro eixo constitutivo de toda matriz de experiência: a modalidade da relação consigo”, afinal, como afirma o próprio filósofo: “Devo confessar que me interesse muito mais pelos problemas apresentados pelas técnicas de si, ou pelas coisas dessa ordem, do que pela sexualidade... A sexualidade é bastante monótona!” (FOUCAULT, 2014c, p. 214)

Assim, este campo do governo de si mesmo é percebido como ética, justamente pela relação do indivíduo para consigo, suas escolhas, preceitos, justificativas e as racionalidades dos atos que acata, reflete e retoma (FOUCAULT, 2014d, p. 204). Candiottto (2013, p. 220) salienta que o termo “ética”, resguardado a uma noção foucaultiana, se concentra em um campo de problematização, e não enquanto um campo normativo de fundamentação da ação moral em si. A intenção de Foucault (2014f, 2014g, 2014h) é assinalar que aquilo hoje entendido como princípio normativo já foi um campo de interstícios cuja análise pode nos ajudar a

compreender o presente, mas jamais indicar o modo como devemos agir e nos portar enquanto indivíduos. Convém perceber através da moralidade, portanto, de que maneira o sujeito pode voltar a si mesmo e se encontrar, se reconstituir e se estabelecer. (FOUCAULT, 2014g, p. 11)

Foucault (2014g, p. 32-33) aponta como elemento constitutivo da moral um “conjunto de valores e regras de ação propostos aos indivíduos e aos grupos por intermédio de aparelhos prescritivos diversos, como podem ser a família, as instituições educativas, as igrejas, etc”. O autor afirma que seu conceito de moralidade é permeado por três elementos com certa independência: o primeiro deles é o “código moral”, que delimita as regras e as interdições feitas por seus mecanismos, conjuntamente aos das instituições, para problematizar a conduta dos indivíduos. O segundo preceito é a “moralidade dos comportamentos”, preceito pelo qual se pode medir ou quantificar a que ponto os indivíduos se submetem a tais regras. Por fim, temos a atividade de “conduzir-se”, que se encabeça como a própria ética individual e se concentra em como o indivíduo se conduz pela sua conduta para consigo mesmo diante das regras pré-estabelecidas.

O que mais chama a atenção de Foucault (2014g, p. 33) nesse prisma é que o cerne da moralidade estimula a prática da ética. Conforme afirma Candiottto (2013, p. 222), o comportamento diante do código moral, ou da própria moralidade, deixa de ser a modalidade mais relevante para dar lugar ao modo de “conduzir-se”, ao modo pelo qual o indivíduo em sua plena intimidade de pensamentos avalia sua conduta e decide, por si mesmo, como será construída sua conduta moral. Em concordância, Carmo (2019, p. 303) alega que a complexidade da “ética aparece como uma prática moral: a da relação do indivíduo consigo mesmo, da constituição modelar das subjetivações, portanto, nem moral dos comportamentos nem moral ligada estritamente ao código”, mas sim, uma moral que advém de se manter contínuo e resolutivo do modo pelo qual é elencada e estruturada a conduta do sujeito moral – dos sujeitos para consigo mesmos.

Foucault (2014g, p. 33-36) determina quatro elementos que caracterizam sua noção de ética: a determinação da substância ética, que se caracteriza como a natureza por que o indivíduo deve estabelecer sua conduta – uma parte de sua

substância identitária. A segunda é representada pelos modos de sujeição, ou a maneira pela qual o indivíduo denota a sua própria relação com as regras e preceitos morais e as coloca em prática. A terceira se exprime por meio do trabalho ético, que recai sobre o próprio indivíduo em uma tentativa de se remodelar a fim de se transformar em sujeito de sua própria ética. A quarta, por fim, é a teleologia do sujeito da moral, expressa em dois polos: as ações individuais, suas continuidades e consequências; e o senso de progressão que a continuidade de seus atos leva o indivíduo a se elevar perante sua própria conduta, dotando-a de certo significado social – que incorporará certa benesse às causas finais.

É por meio destes enunciados sobre a ética que se desdobra o que Foucault (2014g, p. 37) chama de “formas de subjetivação”. São modelos de conduta à qual os indivíduos são submetidos não de maneira intencional ou racional, mas por meio de um processo orgânico no qual a natureza das regras e as diretrizes, sobretudo sobre a ética de si podem emergir de uma maneira não intencional. Assim, sujeitos tornam-se “sujeitos da conduta moral”, pois “o desenvolvimento das relações para consigo, para a reflexão sobre si, para o conhecimento, o exame, a decifração de si por si mesmo, as transformações que procuram efetuar sobre si”, se cobrem de uma certa conduta – e ética – que respeita seu tempo e espaço (FOUCAULT, 2014g, p. 37).

Tomando por exemplo a própria conduta sexual, Foucault (2014c, p. 228) traça uma genealogia e relata como se deu a ambivalência e as transformações do prazer e do desejo entre três racionalidades distintas. Foucault relata que entre os gregos o *ato* sexual se dava pelo elemento constitutivo mais relevante e era sobre ele que se devia deter o controle, determinar o ritmo, determinar as circunstâncias. Na erótica chinesa, o componente essencial era o *prazer*: este devia ser submetido à majoração, promovendo uma certa delonga, e, no seu ápice, abstenção. Na cultura cristã o *desejo* é o seu principal catalizador. Pois é este que deve ser extirpado, marginalizado, cujas raízes devem ser extirpadas – pois é preciso cometer o ato não pelo prazer, mas sim por instintos e vontades reprodutivas. *Ato*, *prazer*, *desejo* são fontes cativas das três culturas, mas possuem funções e determinações históricas diversas graças a elementos de subjetivação do próprio

sujeito para com as racionalidades históricas, éticas e morais nas quais está inserido.

Para além da sexualidade, outro fator imprescindível aos estudos sobre a ética é a questão da liberdade. Foucault (2004, p. 261) afirma que “a liberdade é a condição ontológica da ética. Mas a ética é a forma refletida assumida pela liberdade”. A partir do momento em que a ética advém da liberdade, este campo nos abre novas possibilidades. Ao olharmos com cuidado para o invólucro, notamos também que a liberdade se exprime através do agir, dos atos e das relações de poder – retornando toda a análise da ética ao escopo genealógico. De modo que um sujeito só é livre quando está inserido em um contexto social, político e econômico onde as relações e a “palpabilidade” do poder não se constituem como relação de dominação. Esta pode levar o indivíduo a certas privações, tanto de liberdade de escolha quanto de liberdade psicológica ou até mesmo violência direta e física por meio de procedimentos que visem regular a sua conduta.

Foucault (2004, p. 260) alega que “quando um indivíduo ou um grupo social chega a bloquear um campo de relações de poder, a torná-las imóveis e fixas e a impedir qualquer reversibilidade de movimento”, seja por meios econômicos, militares ou sociais, estamos diante de uma situação de dominação. Há, afinal, disposição e permissividade constantes para que ambos os polos – sujeitos e sujeitados – possuam meios de exercer suas condutas de si, suas escolhas e preferências, mesmo como atos de revolução – ímpetos suicidas, ataques diretos ao agressor, motins, rebeliões.

Em qualquer relação de poder, a liberdade individual (proveniente da ética) deve ser cristalizada para que os indivíduos sejam livres para conduzir suas próprias escolhas individuais. É por esse “cuidado de si” que se criam as condições para o indivíduo exercer, criar, vociferar e agir diante de suas próprias escolhas. É também por isso que as considerações acerca da ética nos escritos foucaultianos possuem tamanha importância e se mostram tão fecundas: por elas é que se apresenta a relação do indivíduo consigo mesmo, enquanto um agente disposto a se modelar, guiar e aferir seus próprios desejos, alegrias e vontades – e também seus medos, aflições e fracassos.

Com isso em vista, tentaremos em seguida compreender termos e conceitos essenciais para um pleno entendimento do arcabouço teórico foucaultiano, começando por um termo bastante comum, mas que pelas lentes foucaultianas adquire outra simbologia: o poder.

2.2.1 A microfísica do poder

A análise do poder a partir de um ferramental foucaultiano se distancia das análises tradicionais das ciências humanas, frequentemente amparadas por Max Weber (2009, p. 33), nas quais a noção de poder “(...) significa toda probabilidade de impor a própria vontade numa relação social, mesmo contra resistências, seja qual for o fundamento dessa probabilidade”. Nestas, trata-se de uma estrutura em que um agente tem o poder de determinar as ações individuais de outro. É uma análise que considera o poder em uma lógica binária entre aqueles que possuem o poder e aqueles que a ele se submetem, em uma relação permanente de mando e obrigatoriedade frente ao conceito.

A noção de poder para Michel Foucault (1926 – 1984) é mais sutil, seus desdobramentos são heterogêneos. A partir de uma leitura sobre a temática do poder em Foucault, nota-se a transmutação correlata do significado. O poder não se promulga como uma zona de mando ou obrigatoriedade, nem se utiliza de um binarismo conceitual para determinar quem o possui e quem é obrigado a acatá-lo, ainda que a contragosto. Por esta leitura – sobretudo das obras genealógicas – procura-se evidenciar um emaranhado de *formas* de poder, estas inseridas em uma estrutura familiar, social, estatal e estrutural de nossa sociedade. Contudo, é interessante frisar que Foucault (2008b) não possui qualquer interesse em tornar sua visão de poder e seus desdobramentos em uma teoria una e coesa sobre a formação do Estado moderno. Nesse ponto, o autor é bastante claro e circunscreve suas intenções: “(...) renuncio, vou renunciar e devo renunciar a fazer uma teoria do Estado, assim como podemos e devemos renunciar a um almoço indigesto”. (FOUCAULT, 2008b p. 145)

O poder nesta sistemática se evidencia por meio da microfísica – por microcosmos individuais. Ele não é proveniente de uma fonte única, o que torna, por conseguinte, inviável a consolidação de uma teoria sobre o conceito. Trata-se de uma rede de mecanismos, instituições e sujeitos que se inter-relacionam, promovendo uma aproximação entre aspectos epistêmicos e práticos. Em concordância, Lenke (2011) destaca a busca por “(...) práticas ao invés de objetos, estratégias ao invés de funções e tecnologias ao invés de instituições”. Segundo Foucault (2005, p. 35), “(...) o poder, acho eu, deve ser analisado como uma coisa que circula, ou melhor, como uma coisa que só funciona em cadeia. Jamais ele está localizado aqui ou ali, jamais está entre as mãos de alguns, jamais é apossado como uma riqueza ou um bem”. Portanto, o poder é um conceito que “se exerce em rede, e nessa rede, não só os indivíduos circulam, mas estão sempre em posição de ser submetidos a esse poder e também de exercê-lo”. Trata-se, finalmente, de um mecanismo que transita e circula por todo o meio social. Não é possível ser o “detentor” do poder, pois ele é uma coisa que se aplica, se dissolve, emerge, se liquefaz. O poder é, em última análise, transitório.

Nesse sentido, Foucault (2014e, p. 132) destaca que as especificidades das relações de poder se exprimem por meio de sua natureza – entre parceiros ou entre coletividades. Portanto, “(...) o poder só existe em ato, mesmo se, é claro, ele se inscreve em um campo de possibilidade esparso, apoiando-se em estruturas permanentes”. Não se configura, portanto, como uma renúncia da liberdade individual, nem tampouco como transferência de direitos. Conclui-se que o que determina uma relação de poder “(...) é um modo de ação que não age direta e imediatamente sobre os outros, mas que age sobre sua ação própria”. (FOUCAULT, 2014e, p. 132)

Jessop (2007, p. 36) afirma que não há um consenso ou uma teoria única e sobreposta sobre o poder nos escritos de Foucault. Sua análise de poder deve, portanto, ser olhada com cautela: a emergência e a solidificação de relações de poder são provenientes de um prisma no qual há uma vastidão de micro relações, resultando em múltiplas e indefinidas esferas individuais. Daí investigam-se formas e técnicas de poder em diferentes polos com o intuito de compreender como a

magnitude das relações de poder – e como o poder em si – se relaciona com tecnologias que podem modelar e conduzir nossa configuração social.

Portanto, o que se busca nas próximas seções é uma delimitação entre três tecnologias de poder, tais como expostas por Blanco (2017, p. 54): o governo, a disciplina e a biopolítica. Iniciaremos nossa análise por meio do governo como “conduta da conduta”, delimitando o escopo de sua atenção e o modo pelo qual Michel Foucault compreende este tipo de tecnologia de poder.

2.2.2 A conduta da conduta enquanto uma sistemática de governo

A análise do “governo” surge da necessidade de Foucault em compreender não somente como o poder pode ser exercido – para tal, há uma gama maior de conceitos que serão abordados posteriormente neste estudo. Trata-se, sim, de identificar uma modalidade maior, em que o poder é amplamente estruturado com os ramos da ética, do cuidado de si e da condução da conduta individual e coletiva por meio de um emaranhado de elementos que permeiam o âmago do ser. O governo, por meio da “conduta da conduta” é um agir sutil que se orienta a partir de indivíduo até o próprio indivíduo, com o intuito de guiar, modelar e condicionar seus comportamentos individuais por meio de uma espécie de contenção, seja ela real ou imaginária, levando em conta atributos sociais, econômicos, geográficos, políticos e até psicológicos. Uma das tecnologias de poder proposta por Michel Foucault, a sistemática do governo, é essencial para o prosseguimento deste trabalho.

Assim, a especificidade do conceito de governo nos termos foucaultianos transcende a leitura convencional, comumente utilizada pelas lentes das ciências humanas como um todo, que se apresenta como uma organização que possui por ponto basilar a regulamentação e comando de uma unidade política. Em oposição a essa premissa, Foucault (2008a, p. 162) constata que o conceito e a palavra “governar” possuem significados heterogêneos durante os séculos XIII, XIV e XV. O autor alega que, em um primeiro momento, encontramos seu caráter material, físico: o de “fazer ir em frente”, de dar prosseguimento a um caminho. Há também,

para o autor, um sentido maior e mais amplo: o de promover a subsistência. Assim, o conceito de governo serve ao sentido de alimentar, de prover. Governar também poderia significar uma relação de proveito para com alguma coisa – que se governa por meio de suas capacidades de produção de algum bem – a cidade que se governa pelos seus grãos ou, ainda, a cidade que se governa pelos seus metais.

Para além dos atributos físicos e materiais, há delimitações de ordem moral que também possuem uma conotação ímpar. Nesse aspecto, Foucault (2008a, p. 163) afirma que a palavra *governar* “(...) pode querer dizer, conduzir alguém, seja no sentido, propriamente espiritual, do governo das almas”; em um sentido mais geral, como a imposição de um regime a um doente por um médico que vise sua melhora. Governar também pode ser direcionado para a condição da conduta propriamente dita, indicando o comportamento que pode ou não se adequar à conjuntura social em que os indivíduos estão inseridos – estes podem ser vistos como bons ou maus por meio de sua conduta moral e ética. A palavra também estava associada a uma condição hierárquica, de mando ou chefia, possibilitando formas de controlar, dirigir ou subjugar determinado indivíduo.

A partir dessas interpretações, Foucault (2008a, p. 164) infere que a palavra “governar” adquire uma vastidão de significados tanto empíricos quanto semânticos, e que podem se referir à questão material, indo desde sua noção física de deslocamento e de provimento de meios de subsistência, até à gestão de capacidades materiais de um indivíduo. No campo moral, a atividade do governo se exprime pela faculdade que se pode exercer sobre si mesmo e sobre outros, tanto na materialidade dos corpos dos indivíduos, conduzindo a sua maneira de agir, quanto também pelo modo de perceber as coisas ao seu redor e lidar com substâncias que não são visíveis aos olhos – o governo da alma. Nesse sentido, o autor ainda ressalta: “Nunca se governa um Estado, nunca se governa um território, nunca se governa uma estrutura política. Quem é governado são sempre pessoas, são homens, são indivíduos, ou coletividades. (FOUCAULT, 2008a. p, 164)

É a partir dessa sistemática de governo que autores como Gordon (1991), Lenke (2002, 2011), Dean (2010) e Bröckling *et al* (2010) abordam a noção de governo por meio da noção de “conduta da conduta”. De acordo com Gordon (1991,

p.3), é pela sistemática do governo que se dá o ato de conduzir a “conduta da conduta”; quando se cristaliza uma atividade que busca moldar, direcionar, guiar ou afetar a conduta individual de um indivíduo ou de um aglomerado de indivíduos.

Assim, o governo é uma atividade que pode se relacionar entre o governo de si mesmo, relações privadas que envolvam algum tipo de orientação, relações de cunho social com comunidades e, por fim, relações preocupadas com o exercício político da soberania. Gordon (1991, p. 3) argumenta que Foucault lança mão do termo “racionalidade governamental” de maneira quase que intercambiável com o termo “arte de governo” como uma racionalidade ou uma arte de governar. Isso implica na necessidade de compreendermos um sistema de pensamento referente às práticas de governo em que devemos nos perguntar: a) quem pode governar?; b) o que é governar? e; c) o que ou quem é governado?

Lenke (2002) aponta que a visão de governo era um termo não apenas discutido em âmbito político, mas também em searas que envolviam a filosofia, a religião e a medicina, indo além de contextos pedagógicos. O governo também significava questões de autocontrole, orientações para a família, gerenciamento doméstico, além de um *governo das almas*. O autor alega que, ao introduzir a problemática do governo, torna-se evidente que a noção de poder é essencialmente sobre orientações que governam as formas do governo de si, estruturam e moldam o campo de ações dos sujeitos. Não que se exclua a possibilidade do uso da violência ou da força: as lógicas da coerção e do consenso são reformuladas por meio de instrumentos, técnicas e táticas que podem vir a definir as ações individuais e coletivas de um agrupamento de indivíduos. Portanto, a sistemática do governo visa definir um campo de discursividades pelas quais o poder venha a ser racionalizado. Lenke (2011, p. 44) discorre que os meios pelos quais isso pode acontecer incluem “(...) a delineação dos conceitos, a especificação dos objetos e limites, e a provisão de argumentos e justificações”. Desta maneira, Lenke (2011, p. 44) avalia que Foucault “(...) se concentrou na multiplicidade de relações entre a institucionalização dos aparatos do estado e sua forma histórica de subjetivação”.

Em concordância, Dean (2010) alega que governo visto de uma matriz foucaultiana revela os vários sentidos e contornos que o governo pode assumir.

Afinal, por “conduzir” pode-se compreender que se está liderando, direcionando, guiando, e talvez revelando uma breve noção de cálculos paliativos de como as coisas podem ser feitas. Assim, Dean (2010) crê que, por meio da “conduta da conduta”, o governo implica em qualquer tentativa de moldar com um certo grau de deliberação os aspectos de nosso comportamento de acordo com um conjunto de normas. Na perspectiva de Bröckling *et al.* (2010, p. 2) ao estabelecer o governo como uma miríade de possibilidades, Foucault delineia o que viria a ser sua orientação para seus trabalhos vindouros, possibilitando que compreendesse a sistemática do poder pelas lentes da ética e da moralidade.

Conforme afirma o próprio Foucault (2014e, p. 133), “(...) o termo “conduta” com seu próprio equívoco é, talvez, um dos que permitem melhor apreender o que há de específico nas relações de poder”. Afinal, como já demonstrado, a conduta se encontra no limiar entre conduzir indivíduos e mecanismos de coerção mais brandos, indicando assim a maneira pela qual o sujeito deve se comportar em determinados espaços e delimitando seus campos de possibilidades e de ações. Nesse sentido, “o exercício de poder se consiste em ‘conduzir condutas’ e em arranjar probabilidades”. Portanto, Foucault (2014e, p. 133) estabelece que “governar, nesse sentido, é estruturar o campo de ação eventual dos outros”. No momento em que é definido o exercício de poder como uma ação sobre as ações de outrem, quando se há um governo – sobretudo um governo dos homens de um sobre outros – recai-se novamente nas noções sobre a liberdade. O poder só se exerce a partir de sujeitos e indivíduos que possuem liberdade – de pensar, tomar decisões, agir, se manifestar, produzindo inúmeras possibilidades políticas e de atuação perante sua própria conduta. Desenraizado o poder de ação não há poder, mas um sufocamento que viola o agir individual e se enraíza em uma situação de dominação. (FOUCAULT, 2014e)

Joseph (2009, p. 415) aponta a sustentação de Foucault (2005, 2008a, 2008b) de que o problema do governo detém sua emergência no século XVI e gradualmente começa a se desprender das amarras do poder soberano (exercício sobre um território e seus habitantes) no século XVIII. A problemática do governo, portanto, se preocupa com a temática da população e sua conduta e começa a se

direcionar para a introdução da economia política em suas práticas diárias. Isso acontece “(...) pela introdução da noção de *laissez-faire* de liberdade da conduta derivada de “processos naturais” da esfera econômica” (JOSEPH, 2009, p. 145). Em consequência, o governo passa a compreender e respeitar a liberdade desses processos por meio de uma autolimitação do próprio governo.

A partir desta conceitualização, é possível adentrar em outros aspectos sobre o poder a partir da noção foucaultiana. Trataremos em seguida de como se dá a ascensão e a gênese da *disciplina*, que o filósofo francês categoriza como *poder disciplinar*, e de seus corpos dóceis.

2.2.3 A emergência do poder disciplinar

A noção da disciplina (e, consequentemente, do poder disciplinar como tecnologia de poder) emerge na literatura foucaultiana com a derrocada do poder do soberano, que era exercido a partir de um território e de seus habitantes. O sistema de direito, com suas leis e regras, era totalmente vinculado à figura do rei. Assim como “(...) o direito que é formulado como “de vida e morte” é, de fato, o direito de *causar* a morte ou de *deixar* viver” evocado pela guerra (FOUCAULT, 2014f, p. 146). Foucault (2005, p. 44) destaca que temos a partir do século XVI um arranjo social, onde de um lado apresenta-se a legislação, um discurso de direito público atrelado à mecânica da soberania e de seu corpo social.

Esse direito público e esse aparato soberano não são capazes de legislar e tomar conta dos corpos dos indivíduos, pois o direito soberano se manifesta em um território a partir do qual o rei legisla. É a partir do território que a soberania encontra sua capilaridade. Foucault (2005, p. 70), ao enunciar que se faz necessário “cortar a cabeça do rei”, dissecar de certo modo sua crítica ao modelo regimentar da soberania absoluta, que em seu âmago “(...) dispensa em todo o caso o soberano e o denuncia”. A sistemática da soberania, à qual Foucault (2005, p. 70; 2014f. p. 145) remete diretamente aos escritos de Thomas Hobbes, se formaliza como um governo inteiramente ligado à capacidade soberana de se fazer obedecer, resultando em vínculo de obrigação permanente e intransponível perante o pacto

social de seus súditos. Afinal, o Leviatã hobbesiano nada mais é do que a soma das vontades dos indivíduos, resplandecida e assentada na figura do rei – ou, ainda, do Estado. (SENELLART, 2006, p. 37)

Florencio (2017, p. 51) destaca que, ao olharmos a imagética da figura do Leviatã, deparamo-nos com um amontado de corpos individuais: trata-se do corpo do monarca. A cabeça é representada pela astúcia e pela coragem, pertencendo ao próprio soberano; sua coroa é a representação de seus dois corpos⁸: o divino e o natural. Em suas mãos há um báculo, lembrete de sua autonomia em guiar seus súditos, e uma espada, representando seu ímpeto de fazer viver ou deixar morrer. *A soberania é a própria cabeça do Leviatã.* Isto porque advém de uma relação epistêmica em que a conceitualização do termo provém de um aparato estabelecido em um determinado período histórico – o mesmo em que o conceito foi elaborado.

Contudo, Foucault (2005, p. 42) aponta que entre os séculos XVII e XVIII há a necessidade da elaboração de um novo mecanismo de poder onde as antigas práticas do soberano sobre seus súditos e seu território se mostram ineficazes. Segundo o autor, “essa nova mecânica incide primeiro sobre os corpos e sobre o que eles fazem, mais do que sobre a terra e sobre seu produto”. Essa mecânica se apresenta como “(...) um mecanismo de poder que permite extrair dos corpos tempo e trabalho, mais do que bens e riqueza. É um tipo de poder que se exerce continuamente por vigilância”. Essa nova tecnologia de poder já não detém sua essência no aparato da soberania do rei, mas em uma técnica e uma tecnologia de poder que permitem o controle dos indivíduos pelos seus corpos: o *poder disciplinar*. Segundo Foucault (2005, p. 43), esse poder é “(...) injustificável, nos termos da teoria da soberania, radicalmente heterogêneo, e que deveria ter levado normalmente ao próprio desaparecimento desse grande edifício jurídico da teoria da soberania”. Portanto, o autor alega que todo o aparato disciplinar atua de acordo com o discurso proeminente da regra – não o da regra jurídica advinda da soberania, mas da regra natural que advém da norma (FOUCAULT, 2005, p. 147).

⁸ Kantorowicz (1998, p. 51) destaca que o rei, sobretudo o rei cristão se torna o *christonomimetes*. Este conceito é compreendido enquanto “o “ator” ou personificador de Cristo – que, no estágio terrestre, apresentava a imagem viva do Deus binaturado, mesmo com respeito às duas naturezas inconfundíveis”. O rei, portanto, é um personagem que detém tanto o poder político, quanto o divino. (FLORENCIO, 2017, p. 51)

Nesse sentido, Foucault (2019, p. 134) infere que durante a época deu-se a descoberta do corpo enquanto uma *anátomo-política* do ser humano: o corpo do indivíduo passa a ser reconhecido como um dos meandros pelos quais o poder opera e se transmuta. Há então uma miríade de atividades que se dirigem não ao homem-espécie, mas sim ao homem-corpo que se “(...) manipula, se modela, se treina, que obedece, responde, se toma hábil ou cujas forças se multiplicam”, transformando-o em um corpo que se faz dócil, manipulável e passível de transformação.

O poder disciplinar se exprime por meio de instituições, tal qual a escola, o exército, os hospitais psiquiátricos ou as fábricas; age de modo a formar uma hierarquização social, modelar processos econômicos e conduzir e controlar a individualidade dos sujeitos em terrenos institucionais, tornando-os dóceis. Foucault (2019, p. 159- 66) alerta que não é a primeira vez que o corpo passa a ser objeto de análise; destaca, porém, novos atributos que a partir do século XVII passam a ser o vértice central deste corpo anátomo-político. Em primeiro lugar, aponta a escala dos corpos domáveis: por meio do poder disciplinar, não se trata do corpo massificado, referente a todos os indivíduos, mas de seus gestos íntimos, seus significados; seus padrões, atitudes e respostas em seu elemento mais ínfimo. Trata-se de domar o indivíduo para adequá-lo à necessidade do que convém ao soberano. Em segundo lugar, há uma significativa mudança no objeto do controle: deixa-se de observar a linguagem e o modo pelo qual o sujeito guia seus comportamentos. Ao invés disso, controla-se a economia de seu corpo, da atividade conduzida perante seus membros, além do tempo dedicado a cada um de seus movimentos. Por fim, temos a modalidade em que esse poder é exercido: deve-se manter um patrulhamento extensivo sobre as ações, de modo a privilegiar não o resultado da ação individual, mas como a ação é feita e como pode ser prevista.

Tomemos o mesmo exemplo de Foucault (2019): o exército e o exercício militar: há um detalhamento do corpo individual que o indivíduo deve possuir: estatura média ou alta; prevalência de massa magra à gordura e aceitação do comando hierárquico, sobretudo aquele voltado às suas micro ações. Há, certamente, uma rigidez e uma vigília constante sobre tais indivíduos: no ato da

marcha, por exemplo, demanda-se economia de movimentos e sincronia durante todo o percurso. As canções vociferadas e repetidas demonstram a vontade de percorrer todo o caminho em adequação a padrões estabelecidos pelo superior. A disposição de uma bala em um rifle necessita de um movimento certo, esquadrinhando a força exata a ser colocada: a postura, a posição do tiro, a força exercida pelos dedos ao apertar o gatilho. Os exercícios físicos, o salto, as flexões e outros gestos corporais necessitam certamente de um condicionamento e de um rigor específico: o rigor disciplinar.

O mesmo fenômeno deveria ocorrer em uma escola, ou em uma instituição hospitalar. A rigidez da postura, o ambiente repleto de carteiras e cadeiras enfileiradas, o tablado ao professor, o distanciamento entre quem detém o saber especializado e quem o busca. Hierarquiza-se as notas obtidas em testes individuais, alunos tendem a manter os assentos e cada classe é dividida por seus pares de mesma idade. No hospital há uma economia do espaço, uma hierarquia disposta ao saber médico, uma gama de ações e micro ações que se estabelece para com o enfermo, na intenção de curá-lo. (FOUCAULT, 2019)

Deste modo, as disciplinas que são dispostas em prisões, escolas e hospitais possuem uma arquitetura que só funciona por meio da hierarquia. São funcionais à hierarquia e recortadas em segmentos igualmente hierárquicos, garantindo tanto um melhor ordenamento dos sujeitos quanto uma economia de tempo, por meio de gestos definidos e de condutas pré-estabelecidas. (FOUCAULT, 2019)

Foucault (2019, p. 135) afirma que, a partir do poder disciplinar, se estabelece um modo de controle sobre o corpo dos indivíduos que pode ser equiparado a uma “(...) manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe”. Portanto, abre-se a possibilidade de possuir o controle de corpos individuais, domando-os e obrigando-os a fazer *o que se deseja, como se deseja*: instruir o ritmo, a força, a velocidade e as técnicas de eficácia que a atividade requer. A disciplina passa a ser responsável por fabricar corpos dóceis, submissos e sem julgamento ulterior; ela os faz responder a um comando por meio de atos mecânicos. De modo que, como Foucault (2019)

delineia, a disciplina detém o poder de aumentar a força do corpo – e, de modo paradoxal, diminuí-la. Aumentá-la no sentido das capacidades e utilidades, e diminuí-la em termos políticos. A partir dessa anátomo-política do corpo, a disciplina dissocia o poder individual do corpo do sujeito e o torce, remexe e sacode, a fim de fazê-lo demonstrar uma certa capacidade, uma aptidão. “Digamos que a coerção disciplinar estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada”. (FOUCAULT, 2019, p. 136)

Por fim, Foucault (2008a, p. 75) retoma a discussão sobre os aparatos disciplinares e afirma: “(..) o que é fundamental e primeiro na normalização disciplinar não é o normal e o anormal, é a norma”. Assim, é a disciplina que possui a função de adestramento, além da delimitação de quem é apto ou inapto para se dedicar a uma tarefa. E é partir desta estruturação que se estabelece a dicotomia entre normal e anormal, pois a normalização se estrutura de modo a “(...) colocar um modelo ótimo que é construído em função de certo resultado, e a operação de normalização disciplinar consiste em procurar tornar as pessoas, os gestos, os atos, conformes a estes modelos” (FOUCAULT, 2008a, p. 75). Apresentam-se como normais aqueles que conseguem se encontrar nessa norma e alcançar os resultados desejados; anormais, por outro lado, são simplesmente aqueles que não a satisfazem.

O objetivo do poder disciplinar é normalizar as relações do indivíduo para com o seu ímpeto individual e para com o seu próprio corpo afim de adequá-lo a tomar e propiciar ações que estejam de acordo com uma estrutura de poder dominante no local em que o sujeito está inserido. Hardt e Negri (2003, p. 42) afirmam que esse ímpeto de normalização por meio da disciplina agita as práticas diárias comuns; com o ímpeto da disciplina, porém, esse controle se estende para além da localidade disciplinar.

Foucault (2019, p. 167) estabelece que o sucesso da disciplina e do desdobramento em poder disciplinar se deve a três instrumentos: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e um procedimento a que o autor se refere como *exame*. Segundo Foucault (2019, 168), o olhar hierárquico diz respeito a um aparelhamento onde se inserem tanto mecanismos que tornam possível ver e inferir

as ações dos indivíduos quanto emoldurar e deixar à vista os meios de coerção que podem ser aplicados. Aos olhos do autor, o edifício (ou aparato disciplinar) ideal permitiria a um único olhar tudo ver. É dessa ideia que emerge o ideal do panóptico⁹, uma estrutura central de onde se vê, em 360 graus, todo o escopo. Independentemente de haver ou não uma força fiscalizadora e coercitiva observando ao centro, a possibilidade causa um certo desconforto ao indivíduo, o que o induz a se conformar aos moldes pelo qual foi disciplinado. O segundo ponto determinado por Foucault (2019, p. 174) se deve ao fato de que em basicamente todos os redutos nos quais se exerce a disciplina se encontra pequenas modalidades de sanção. São leis próprias que diferem de instituição a instituição e servem como um pequeno tribunal, penalizando os possíveis desvios corporais e delitos advindos dos sujeitos. Por fim, o exame se concentra entre a sanção que apresenta a objetificação da normalização e o olhar hierárquico, que olha, vê e julga. Este se destaca enquanto um ritual, elencando as qualidades e deficiências dos atos individuais, julgando-os, comparando-os e os classificando. (FOUCAULT, 2019, p. 181)

A disciplina, portanto, se concentra em um ato de domesticação do corpo. O poder disciplinar se manifesta como força presente nas mais tênues relações humanas, nos mais íntimos dos relacionamentos e no cerne das relações de poder. Trata-se da microfísica, do que não vemos pelos nossos olhos, de cuja presença temos ciência. Como sugere Foucault (2008a, p. 16), “(...) a disciplina só existe na medida em que há uma multiplicidade e um fim, ou um objetivo, ou um resultado a obter a partir dessa multiplicidade”. Ainda assim, há um fator primordial em todo o arcabouço disciplinar: “(...) a disciplina é um modo de individualização das multiplicidades, e não algo que, a partir dos indivíduos trabalhados primeiramente a título individual, construiria em seguida uma espécie de edifícios de elementos múltiplos” (FOUCAULT 2008a, p. 16). Hardt e Negri (2003, p. 42) alegam que a sociedade disciplinar se apresenta quando comando é instituído por uma rede

⁹O panóptico é um conceito que elaborado por Jeremy Bentham, no livro homônimo de 1785. Em suma, designa um modelo ideal de penitenciária onde há uma torre ao centro da estrutura, dotando o encarregado de tomar conta da penitenciária uma visão ampla sobre todos os detentos.

difusa de dispositivos, que possuem como intuito regular, moldar e adequar os hábitos dos sujeitos e suas práticas produtivas. Nesse sentido forma-se uma massa de sujeitos que não possui nenhum tipo de incentivo à cultura, inovação, mutilando qualquer perspectiva criativa.

Para além do poder disciplinar, há outra tecnologia de poder trabalhada pelo filósofo. Nomeada biopolítica, não se preocupa tanto com o homem-corpo, mas com um objeto mais amplo que se cristaliza a partir do século XVIII, com a ascensão de um novo tipo de racionalidade histórica e com a massa de indivíduos que agora detém um nome próprio: a população.

2.2.4 A Biopolítica e seus desdobramentos conceituais imediatos: o advento da população e suas tecnologias de segurança

O termo biopolítica na concepção foucaultiana tem sua gênese em um texto de 1974 intitulado: “O nascimento da medicina social”. Nele, Foucault (2006b, p. 78) desenvolve a hipótese que o guiará durante boa parte de suas aulas no Collège de France, onde desenvolve o conceito e seus desdobramentos. Segundo Foucault (2006b, p. 78), o controle imposto pela sociedade ou pelo Estado perante o indivíduo não é operante apenas na consciência ou na ideologia, ou ainda pelos meios de produção, mas sim pelo corpo: é por meio deste que se instaura. Afinal, “(...) o corpo é uma realidade da bio-política” (FOUCAULT, 2006b, p. 78). Foucault (2005, p. 289) destaca que “(...) depois da anátomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anátomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de biopolítica da espécie humana.” Aí então se pode perguntar: a tecnologia de poder perante o adestramento dos corpos, como demonstrado em seu aspecto disciplinar, também age para com o corpo? Se sim, como se diferenciam?

Enquanto a disciplina está interessada na economia de gestos, do disciplinamento dos indivíduos, a biopolítica se inscreve no corpo enquanto espécie biologicamente definida, com todas as suas mecânicas e processos naturais. O poder disciplinar locupleta uma relação detendo a função de ditar e moldar comportamentos individuais; a biopolítica, por outro lado, é uma tecnologia de poder

pela qual se dá a tentativa de regulação dos processos biológicos encontrando na vida biologicamente definida sua problemática. Questões como os nascimentos, fecundidade, mortalidade, a expectativa de vida, bem como aquelas relativas à saúde, à higiene, ao saneamento, à saúde pública e ao controle reprodutivo por meio da sexualidade, é analisada por meio da biopolítica.

Todos esses índices – ou ainda: todas essas problemáticas – se inserem em um quadro ao qual Foucault (2014f, p. 150) define como “biopolítica da população”. Esse mecanismo, emergente a partir do século XVIII, funciona como via correlata à tecnologia disciplinar: ambos possuem o propósito de regimentar e instaurar uma certa regulação da vida dos indivíduos. Apesar de serem conceitos distintos, isso não significa que não possam operar em consonância; são pares, podem se sobrepor e não são excludentes. Conforme afirma Foucault (2014f, p. 150), quanto à disciplina, há instituições como o exército, a escola e os manicômios instituindo certo ordenamento diante de corpos individuais. Na biopolítica, temos a demografia, estimativas de expectativa de vida e de morte, além de tabulações de riquezas e de qualidade de vida. Hardt e Negri (2003, p. 43) determinam o foco da questão da biopolítica, destacando que a biopolítica possui como função cingir totalmente a vida, tendo como sua principal função seu gerenciamento de modo que “(...) o biopoder, portanto, se refere a uma situação na qual o que está diretamente em jogo no poder é a produção e a reprodução da própria vida”.

Lenke (2017, p. 61) alega que há de certo uma evolução conceitual da proposta biopolítica. Inicialmente, Foucault (2016b, 2014f, 2005) se via interessado em discutir a problemática da biopolítica como um referencial para a regulação dos seres vivos. Em seu curso de 1978-1979, intitulado “O nascimento da biopolítica”, o autor apresenta, no entanto, novos contornos para o conceito. Foucault (2008b) destaca que o liberalismo não se atém apenas a ser uma doutrina filosófica ou uma ideologia política, mas uma moldura institucional que permeia e concede espaço para a ascensão de um tipo de governo bastante específico, e cujo objeto principal é a economia política¹⁰. Assim, Foucault (2008b, p. 30) adverte: “Só depois que

¹⁰ A economia política para Foucault (2008a, p. 471) se concentra “não como simples conhecimento de procedimentos para enriquecer o Estado, mas como conhecimento dos processos que ligam as variações de riquezas e as variações de população em três eixos: produção, circulação, consumo”.

soubermos o que era esse regime governamental chamado liberalismo é que poderemos, parece-me, apreender o que é a biopolítica”. É nesse viés que a figura do liberalismo emerge como uma problemática nos escritos foucaultianos, ao introduzir a ideia de uma racionalidade de governo que se ampara na prática governamental, e não mais no direito de resposta dos súditos para com o soberano nem tampouco em uma resposta à disciplinarização dos corpos (LENKE, 2017).

Nesse sentido, Rose e Miller (1992, p. 7) apontam que o liberalismo é pautado em uma racionalidade política, em uma episteme específica e em um maquinário científico próprio. Os autores argumentam que o “liberalismo é geralmente caracterizado como uma filosofia política pelos limites que impõem ao exercício legítimo do poder as autoridades políticas”. O ideário do liberalismo, portanto, tem a sua gênese em um momento no qual a busca por uma sociedade totalmente administrada é abandonada e o governo é confrontado com um domínio em que possui sua própria organicidade, suas próprias regras e processos e, mais importante, *suas próprias formas de autorregulação*. Outro fator consoante com o argumento dos autores é a consolidação de uma certa liberdade individual proposta pelo liberalismo, que opera produzindo as condições subjetivas pelas quais a variável contratual entre os cidadãos e a sociedade pode funcionar. Contudo, é justamente por conta dessa súmula de liberdade que o liberalismo pode operar como sistema de governo, pois de acordo com Gordon (2013, p. 1050), “O liberalismo é uma forma de governo que tanto produz como consome liberdade”. Já Foucault (2008b, 86) afirma: “A liberdade nunca é mais que – e já é muito – uma relação atual entre governantes e governados”, de maneira que a liberdade não se trata de uma contrapartida a qualquer tipo de relação de poder ou de dominação, mas de um recurso necessário para o próprio governo.

Nesse sentido, instituições normalizadoras como escolas, asilos e hospitais são relevantes por não serem vistas como intervenções estatais, mas como um corpo emergente de instituições que complementam o corpo social e fornecem certa autonomia ao indivíduo. Rose e Miller (1992, p. 10) argumentam que o domínio da política é intrinsecamente diferente destas esferas de controle, mas é inexoravelmente interligado a elas. As forças políticas devem construir e moldar

técnicas e agentes que permitam ao liberalismo agir e governar seus cidadãos à distância, por meio de métodos e cálculos paliativos que atinjam a vida biológica do indivíduo.

Na perspectiva de Dillon (2007, p. 42), Foucault (2005, 2008a, 2008b) “Não está apenas observando uma mudança no exercício do poder e uma mudança na conduta da conduta”. Observa, por outro lado, uma mudança complexa e incerta, que visa remodelar e ressignificar a compreensão das “espécies”, onde se incluem a moeda, a taxonomia e a própria biologia. Esse tipo de redirecionamento se dá pelo fato de a prática biopolítica direcionar seus esforços não a um território, mas a uma multiplicidade de corpos. Lenke (2017, p. 64) acredita que essa mudança de foco para com a biopolítica se dá perante uma autocrítica de que a análise estabelecida anteriormente por Foucault (2016b, 2014f, 2005) fora unidimensional e reducionista, focando apenas na massa biológica de indivíduos e seu controle sobre a vida. Assim, ao elencar uma forma de governo – o liberalismo – conjuntamente com aspectos e noções sobre o governo, o conceito de biopolítica nos oferece uma miríade de possibilidades políticas de aplicação e de desdobramentos. É, portanto, por meio do liberalismo, que Foucault (2008a) consegue identificar novas problematizações sobre a esfera do governo e como os sujeitos podem ser governados.

A partir desse controle biológico da vida proposto pelas tecnologias biopolíticas, surge outro ponto de inflexão no pensamento foucaultiano: a população. Foucault (2008a, p. 28) destaca que a biopolítica, ao invés de interferir para com os sujeitos individuais, pautados em uma lógica proveniente do território e no direito de fazer viver ou de deixar morrer – soberania –, ao invés de interferir sobre o corpo e suas particularidades que sejam possíveis o adestramento individual – disciplina –, passa agora a atingir precisamente uma população, por meio de aparatos biopolíticos. A população, portanto, pode ser compreendida como “(...) uma multiplicidade de indivíduos que são e que só existem profunda, essencial, biologicamente ligados à matéria dentro da qual existem”. (FOUCAULT, 2008a. p. 28)

A população não se constitui, portanto, apenas de uma amálgama de corpos individuais localizados em determinado território e não se encontra sob a alçada de um soberano. A partir de uma leitura foucaultiana, é notável que a delimitação do que é “população” possui um aspecto heterogêneo, afinal: “A população varia com o clima. Varia com o entorno material. Varia com a intensidade do comércio e da atividade de circulação das riquezas. Varia é claro, de acordo com as leis a que é submetida” (FOUCAULT, 2008a, p. 92).

Portanto, Foucault (2005, p. 292) estabelece que “A biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico, como problema de poder”. E mais: a biopolítica está sujeita ao tratamento do aleatório, de noções e circunstâncias que fogem de uma expertise política *a priori*. O antigo direito do soberano de fazer morrer ou deixar morrer se liquefaz, e o que se busca agora é a emancipação do sujeito à vida, biológica e política. É dessa forma que Foucault (2008b) tenta elucidar de que maneira se torna possível administrar e governar seres vivos, com suas próprias vontades, desejos, emoções, preocupados com seu bem-estar e com a liberdade resultante desse jogo de governo; é nesse momento que a matriz de segurança se torna um problema profícuo.

Foucault (2008a, p. 9, 10, 15) considera respectivamente os “dispositivos”, “mecanismos” e “tecnologias” de segurança como forma regimental das práticas de governo liberais. Por eles, o autor busca compreender se há em nossa sociedade uma certa “economia geral de poder” que fora (ou continua sendo) dominada pelas “tecnologias de segurança”. A problemática da segurança é intimamente ligada com o mecanismo jurídico, disciplinar e biopolítico, portanto, é por meio das tecnologias de segurança que Foucault (2008a) nos brinda com exemplos de micro relações, pautadas em micropoderes.

Foucault (2008a, p. 7) exemplifica o que no decorrer de seu curso vem a ser a noção de segurança quando inserida em um contexto de governo. Segundo o próprio autor, a anedota é frívola, mas compreende toda sua sistemática: “Não matarás, não roubarás”. A partir deste enunciado é possível elencar uma série de medidas corretivas, disciplinares, de vigilância e biopolíticas. Nesse sentido, a

aplicação da lei penal ao autor do delito suscitará uma série de questões que visam um melhor gerenciamento das práticas de governo. Afinal: os responsáveis por formular e executar as medidas ao infrator em algum momento terão de se perguntar: “qual a taxa média deste tipo de delito? Como se pode prever em termos estatísticos a quantidade de roubos ou latrocínios em determinado espaço-tempo ou zona geográfica? Há alguma alternativa para este tipo de sistema penal? Se adotarmos tal, ou qual medida a criminalidade há de se diminuir? Quais são os prejuízos para com a sociedade para com este tipo de conduta desviante? É oneroso ao Estado punir o infrator? É viável uma reeducação por parte do criminoso?” Assim, o autor destaca que, a partir destas perguntas, busca-se a consolidação de normas e condutas sociais a fim de manter um nível de criminalidade aceitável socialmente por meio de um cálculo de otimização. Além de inserir o infrator em um sistema regimentar e moral – típico do século XV, quando se executa o binarismo do permitido e do proibido –, para, por fim, reeducá-lo por medidas disciplinares com o êxito de sua prisão. (FOUCAULT, 2008a, p. 7-8)

Outrossim, Foucault (2008a p. 13-14) utiliza-se do exemplo da peste. Para o autor, a regulação sobre a doença nas cidades europeias do século XV e XVII se concentra em indicar aos indivíduos quando podem sair, aonde podem ir, de que maneira devem se locomover, o que devem e como devem usufruir dos prazeres domésticos, submetendo-os a um controle incessante de seus corpos por meio de aparatos disciplinadores, ditando tudo o que é e o que não é possível; deixando seus corpos inertes sob uma impressão que fabricada perante o horror da doença.

Por fim, o autor usa o exemplo da varíola (2008a, p. 76-81), um problema que se interliga com a biopolítica. Afinal, o problema geral será o de saber: quantas pessoas foram infectadas?; como foram infectadas?; por quais meios se dissipa o vírus?; qual a taxa de superação da doença?; qual o índice de mortalidade após o contágio?; por que meios se apresenta seu tratamento? e; como tratar os indivíduos acometidos pela doença? Neste sentido, é por meio da noção biopolítica e da sistemática da segurança manifestas como medidas de tentar promover soluções para com o corpo biológico do indivíduo e da população acometida por meio da

inserção de mecanismos oriundos da probabilidade, estimativa de custo, custo-benefício e cálculos estatísticos.

É a partir destes exemplos que Foucault (2008a, p.15) esboça as características gerais dos dispositivos de segurança. Procurando demonstrar como se dá a organização dos espaços de segurança, o tratamento do aleatório e a forma de normalização. De acordo com o autor, há de fato uma correlação entre o planejamento urbano e as esferas de segurança. Afinal, a partir de um governo liberal há o que Clemente (2015, p. 83) chama de “intensificação da circulação de vontades”, que, em consonância à circulação de mercadorias, passa a ser a via central para o crescimento e fortalecimento do próprio Estado. Desse modo, no território outrora do rei e da mecânica da soberania, passa a operar uma lógica liberal, incumbindo os dispositivos de segurança a maximizar os ganhos absolutos dessa nova gestão – que não se concentra apenas no território, mas em tudo aquilo que nele circula.

O tratamento do aleatório é uma espécie de gerenciamento “(...) que, por conseguinte só podem ser controladas por uma estimativa de probabilidades, é isso [...] que caracteriza essencialmente o mecanismo de segurança” (FOUCAULT, 2008a, p. 27). Neste sentido, o espaço circunscrito da segurança nos remete a uma série de acontecimentos que podem ou não ser delimitados e previstos pela razão que o governa. Em suma, o tratamento do aleatório pode ser visto como uma *fortuna* da modernidade. Muito embora haja cálculos e métodos paliativos para antecipar certos tipos de fenômenos, é a gestão e a emancipação dos mecanismos de segurança que vão antecipar seu fracasso e sucesso.

Essa série de constatações possui como objetivo tornar a população em sujeito político, maleável e inserido na rotina e no cotidiano das mais íntimas rotinas de governo, bem como nas micro relações de poder. As tecnologias de segurança preconizam em si um significado estrito e sujeito apenas à gestão do crime, ou de técnicas disciplinares. Inserem-se, no entanto, em um prisma multifacetado para se precaver e instaurar mecanismos de resposta aos seres biologicamente definidos. Sobretudo com a emergência liberal de governo, “(...) que integre o momento da

produção, que integre o mercado mundial e que integre enfim os comportamentos econômicos da população, produtores e consumidores” (FOUCAULT, 2008a, p.54)

Rosenow (2009, p. 513) destaca que o conceito de biopolítica como “dispositivo de segurança” mais tem a ver com circulação, cultivo e promoção da vida do que com sua restrição e suspensão. A biopolítica em seu sentido amplo se torna um campo de análise primordial a análises a partir da matriz foucaultiana, pois é por meio dela que os efeitos do poder podem ser orquestrados e sistematizados, seja por meio de ações governamentais perante os indivíduos, técnicas de governo, ou ainda por meio de uma racionalidade pautada no liberalismo e o governo da “conduta da conduta”, em jogo dúbio entre liberdade e segurança.

Hindness (1997, p. 268) alega que, se a liberdade dos sujeitos governados apresenta problemas práticos para a racionalidade liberal, trata-se de problemas diferentes, pois “a busca governamental de segurança ameaça transformar a liberdade de seus súditos em um artefato do próprio governo”. Lenke (2017, p. 67) crê que o governo liberal jamais deve fixar a segurança como algo primitivo, pois os perigos e a própria insegurança são aspectos complementares do modo de governo liberal. Na percepção de Hindness (1997, p. 262) “o que precisa ser notado é que se o liberalismo considera a liberdade individual enquanto condição de segurança, ele também percebe o escopo em que a liberdade também pode ser vista enquanto uma ameaça para a segurança do governo”. Afinal, os dispositivos de segurança definem o modelo ótimo, estabelecendo de que maneira deve funcionar uma norma ou uma diretriz reguladora que modela uma distribuição estatística de eventos, como a morte, taxa de reprodução, média de indivíduos infectados por algum vírus, ou doença.

A biopolítica e seus desdobramentos nos remetem a uma via de mão dupla perante todo o arcabouço teórico de Michel Foucault (2005, 2008a, 2008b). Afinal: é a partir de contornos biopolíticos que podemos passar a enxergar um campo de possibilidades que inserem um fenômeno maior à *ars* conceitual do autor. Há um certo deslocamento da anátomo-política individualizante promovida pela disciplina para com os corpos individuais em direção a uma esfera dinâmica, onde se interseccionam um modo de governo pautado em atividades liberais direcionados a

um conjunto de seres biologicamente definidos partindo de tecnologias de segurança que fazem ser possível seu governo, sobretudo a distância. É neste prisma que se insere a questão da governamentalidade na ótica de Foucault (2008a, 2008b) a fim de tentar compreender e interseccionar as estratégias de saber-poder que direcionam, guiam e modelam a razão pela qual o governo se institui.

2.3.1 A governamentalidade e suas funcionalidades: a emergência de um viés de análise

A análise acerca da governamentalidade se instaura de maneira ordenada perante o desenho conceitual foucaultiano. Todo seu arcabouço se concentra em destrinchar as redes de relações entre saber-poder. Sob o véu de uma razão de Estado denotando aspectos que possuem como eixo central prover um gerenciamento da vida, seja por meio do território, da vida individual ou à amalgama de sujeitos que é a população.

Foucault (2008a, p. 143) define o conceito de governamentalidade em dois eixos complementares: o primeiro se trata de um conjunto de processos instaurados, tanto pelas instituições, análises, técnicas e mecanismos de poder-saber “(...) que permitem exercer essa forma bem específica [...] de poder que tem como alvo principal a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança”. O segundo se concentra em estabelecer de que forma e por quais meios a função do governo estabelece uma sistemática para com as relações de poder, incluindo aí as tecnologias disciplinares e biopolíticas, atreladas à consolidação de uma matriz de saber. Portanto, Foucault (2008a, p. 143) está interessado no “resultado do processo pelo qual o Estado de justiça da Idade Média, que nos séculos XV e XVI se transformou em um Estado administrativo, viu-se pouco a pouco “governamentalizado”¹¹. A governamentalidade resulta de uma tríade entre soberania, disciplina e governo (FOUCAULT, 2008a, p.143). Gordon

¹¹ Não pretendemos abordar neste trabalho este viés da governamentalidade, tampouco as especificidades referentes ao modelo pautado em domínio do poder pastoral, descrito em Foucault (2008a, p. 147) nem na lógica da Guerra, onde Foucault (2005, p. 22) inverte o modelo de Carl Von Clausewitz (1780 – 1831) inferindo que “a política é a guerra por outros meios” para compreender os enfrentamentos europeus. Tampouco abordaremos a complementaridade policial, exposta por Foucault (2008b, p. 8), que visa aumentar a potência técnica-administrativa do aparelho estatal.

(1991, p. 1) frisa que o conceito de governamentalidade em sua semântica é a junção entre a palavra governo e mentalidade, trazendo à tona todo o conjunto de saberes que circundam uma analítica de governo – terminologia também adotada por Mitchell Dean (2010, p. 30), que se concentra em compreender as condições de possibilidades que fornecem a força motriz para a emergência de um fenômeno em uma época específica. Por força motriz, estipula-se não somente as práticas e técnicas pelas quais o governo opera, mas também seu regime intelectual de saber. Ao elencar a questão da mentalidade, Gordon (1991, p. 1) está se referindo a um tipo de racionalidade estatal, mas não a uma racionalidade geral, que procura racionalizar isto ou aquilo, mas sim a um viés mais estreito, tal qual Foucault (2015, p. 349) se refere a uma racionalidade que não recorre à escola de Frankfurt¹², mas sim a uma racionalidade que é estritamente ligada à noção do poder.

Assim, busca-se descobrir o tipo de racionalidade pela qual se recorre e não uma racionalização da sociedade e da cultura enquanto um monumento único e coeso. Neste sentido, o autor evoca que essa racionalidade estatal é uma morfologia que vai ao oposto de Maquiavel, pois, enquanto a lógica de sua *magnum opus* – O Príncipe (2014) – se contentava em promover valiosos conselhos para um soberano, e em forçar o Estado a adquirir meios e táticas de se precaver tanto da ameaça interna quanto da externa, a razão de Estado é um meio de se analisar a própria ontologia do Estado, promovendo uma arte de governar. E é por esta arte de governar que tanto Foucault quanto La Perrière¹³ se interessavam. Foucault (2015, p. 369) destaca que “a arte de governar, característica da razão de Estado, está intimamente ligada ao desenvolvimento do que se chamou de estatística ou *aritmética política*”.

¹² A escola de Frankfurt possui como principais expoentes: Max Horkheimer (1895 – 1973), Theodor Adorno (1903 – 1969) e Walter Benjamim (1892 – 1940). Tais autores renegam toda pretensão absoluta de um fazer científico neutro. Pautados na dialética oriunda de Karl Marx (1818 – 1883) seus escritos possuem em comum o fato de instituírem seus trabalhos por meio da “superestrutura”, termo cunhado por Marx para os mecanismos que determinam a condição social individual.

¹³ Guillaume de La Perrière, é autor da obra *Le Miroir Politique*, datada de 1567. É tido enquanto um símbolo contra a filosofia política unitária proposta por Maquiavel – pautada apenas no súdito e nos seus meios de se manter no trono ou de adquirir poder. É referenciado por Foucault (2008a, p. 142) enquanto um dos teóricos ícones e “sub-reptícios” que não possuíam uma visão torpe, das relações entre o governo, o soberano e os súditos.

Assim, Foucault (2015, p. 366) enfatiza que “a arte de governar é performada não apenas em seu âmbito técnico, mas sim por enfatizar a questão do conhecimento, o conhecimento racional”. Por meio da governamentalidade, o autor busca compreender como se estabelecem esse ciclo e essa sistemática de poder que permeiam as racionalidades, as tecnologias de poder e a sua constatação empírica.

Lenke (2011) afirma que o conceito de governamentalidade demonstra que há uma reciprocidade entre a constituição de técnicas de poder e as formas de conhecimento, regimes de representação e modos de intervenção. O autor discorre que os meios pelos quais isso pode acontecer incluem “(...) a delineação dos conceitos, a especificação dos objetos e limites, e a provisão de argumentos e justificações” (LENKE, 2011. p. 44). Miller e Rose (2007, p. 14) argumentam que o conceito de governamentalidade constitui um espaço dentro do qual os objetivos do governo são elaborados. Portanto, a governamentalidade possui um papel principal de agir a distância e elaborar mecanismos que prometem moldar a conduta social e econômica de indivíduos e agências governamentais, sem fazê-los perder seu caráter autônomo. É a partir da analítica da governamentalidade que se torna viável analisar de maneira crítica como a prática liberal pode remodelar os dispositivos e as tecnologias de poder sob a égide de uma racionalidade estatal. Na perspectiva de Clemente (2017, pp. 85-91), nesta racionalidade de governo busca-se um tipo de intervenção utilitarista pautada por técnicas e dispositivos de governo que visem incentivar a concorrência, além de estabelecer uma moldura política e institucional para que os agentes econômicos possuam liberdade de escolha.

A governamentalidade versa não somente sobre como os objetos teóricos são constituídos, controlados, moldados e governados, mas sobre como as redes de poder são constituídas. Foucault (2008a, p. 145) advoga que “vivemos na era da governamentalidade”, e é por meio desta “governamentalização do Estado [...] que permitiu ao Estado sobreviver”. O que Foucault (2008a, p. 145) pressupõe é que mesmo que essa governamentalidade seja entendida como um horizonte possível para a arte de governar, “É possível que, se o Estado existe tal como ele existe agora, seja precisamente graças a essa governamentalidade que é ao mesmo

tempo exterior e interior ao Estado”. A partir deste ponto, Lenke (2011, p. 44) avalia que Foucault (2005, 2008a, 2008b) se concentrou na multiplicidade de relações entre a institucionalização dos aparatos do Estado e sua forma histórica de subjetivação. Também afirma que o autor se esforçou em mostrar como o moderno Estado soberano e como os indivíduos em sua maneira autônomos co-determinaram o surgimento um do outro. Joseph (2010, p. 223) argumenta que a governamentalidade não se concentra apenas em como as instituições se comportam, mas também como se concentram as formações discursivas que processam e concebem sentido às redes de poder-saber. Em concordância, Chandler (2009) aponta que é por meio desses emaranhados e dessas discursividades que se apresenta o prisma ontológico de uma representação política. Portanto, a governamentalidade e sua principal forma de saber – a economia política – nos remete a inquietações sobre como este poder pode operar diante de uma racionalidade liberal.

Mitchell Dean (2010, 30-34), partindo do pressuposto de uma analítica de governo, busca compreender como um determinado tipo de racionalidade pode emergir levando em consideração o saber que é circulado e produzido conjuntamente com as técnicas e as táticas que o circundam. Assim, o autor propõe uma metodologia de análise centrada na governamentalidade, tendo como fator preponderante o “quem”; “o quê”; “como”; e “por quê” governamos ou somos governados. Neste sentido, dita alguns pontos acerca da governamentalidade. Ela: a) atua sobre a ontologia, busca-se entender sobre “o que” queremos atuar; b) preocupa-se com a ascese e busca delimitar o “como” vamos governar; c) envolve a deontologia, e busca saber “quem” serão os governados, por um modo de subjetivação; e por fim d) envolvendo-se com a teleologia, se preocupa em responder à questão de “por que” governamos ou somos governados.

Neste sentido, Mitchell Dean (2010, p. 33-34) nos fornece uma metodologia sobre como estabelecer uma análise a partir do viés da governamentalidade. Para o autor, há quatro pontos principais aos quais devemos nos ater. O primeiro se dá pelo campo de visibilidade do governo, ou seja, a compreensão do que está à vista, e como isso se apresenta. Exemplos podem ser dos mais variados: um gráfico, um

balanço de metas, uma obra arquitetônica – sempre se relatando ao objeto de governo e tornando possível compreender quem ou o que deve ser governado, bem como instituir as relações de autoridade. O segundo se apresenta por meio do aspecto técnico e pela expertise do governo, demonstrando uma preocupação com os meios, técnicas, táticas, discursos, linguagem e tecnologias pelos quais o governo pode operar, delimitando sua condição enquanto ente ativo, impondo suas condições de exercício e sobre o que é possível ser feito para redirecionar condutas. O terceiro se apresenta considerando o governo enquanto uma atividade racional, demonstrando uma atenção especial ao tipo e forma de conhecimento que detêm sua ascensão e moldam a capacidade intelectual de conduta e da atividade de governo, incumbindo-se de um redirecionamento para um regime de práticas efetivas. Por fim, a atenção na formação de identidades, pautando-se com as identidades individuais e coletivas por meio das quais o governo opera e demonstra interesse em formar tais identidades. Em suma, este ponto elucida os grupos de indivíduos que o governo quer excluir, modelar, guiar, conduzir ou subjugar, demonstrando a capacidade tácita do governo de exercer e guiar as políticas para este ou aquele nicho. Dean (2010, p. 27-30) diz ainda que o modo pelo qual pensamos o estabelecimento do governo é variado e multifacetado. Salienta, contudo, que os estudos acerca da governamentalidade se remetem a como o conhecimento pode ser operado em concordância com a maneira de se estabelecer e de se fazer as coisas por meio de um regime de práticas. Esses regimes indicam a consolidação de práticas de governo visando quem governa e quem é governado, buscando estabelecer um meio consistente de consolidar como se apresentam e se dão determinadas práticas. Nessa lógica, estes regimes de práticas não são nada mais do que a estruturação e consolidação da sistemática do poder, como instaurado por Foucault (2005, 2008a, 2008b).

Com o edifício teórico de Michel Foucault (1926 – 1984) estabelecido, o que segue é um salto. Compreenderemos de que maneira se estabelece a racionalidade neoliberal, pautando-nos tanto em tecnologias de poder quanto em um aspecto mais amplo do conceito de governamentalidade. A análise agora transpõe-se a terras, aos indivíduos e à população. Ela se torna tácita por meio do que compreendemos

por “modo de governo neoliberal”. Este, que se utiliza de instrumentos de normalização, mecanismos disciplinares e biopolíticos para instaurar um certo tipo de governo e também age à distância e se concentra desde instituições multilaterais até Estados, encontra a sua capilaridade na população por meio de uma racionalidade específica: o neoliberalismo.

2.3.2 A racionalidade neoliberal: o agente de si mesmo

Como visto, o conceito de governamentalidade é um dos eixos principais do trabalho estabelecido sumariamente nas obras compreendidas enquanto *a genealogia do poder* (2005, 2008a, 2008b). Sua aplicabilidade, portanto, transcende àquela dotada em sua emergência, foco dos estudos anteriores de Foucault (2008b) sobre um modo de governo liberal. Nesse sentido, para a construção deste tópico, faremos uso de ferramentas conceituais e teóricas promovidas por quadros pós-foucaultianos a fim de trazer toda a sua discussão para a contemporaneidade. A análise do neoliberalismo e de sua arte de governo abre espaço para uma reflexão levando em consideração os discursos proferidos pelos agentes, sua sistemática de operacionalização e a racionalidade pela qual ele opera. É por meio de uma racionalidade neoliberal que compreenderemos as vias obscurecidas das relações de poder-saber e dissertaremos sobre seu modo de funcionamento e emergência.

Joseph (2009) e Larner (2000) argumentam que não há apenas um “liberalismo” e que o mesmo, em sua forma pura, é apenas um tipo ideal. Assim, Larner (2000) diferencia os conceitos de liberalismo econômico do século XVIII e o neoliberalismo que emergiu como crítica às formas Keynesianas de intervenção estatal. Rose e Miller (1992) se preocupam em elucidar o estado de bem-estar social, que opera mais como uma forma de governo do que como uma nova forma de socialização estatal. Argumentam que o campo linguístico que abrange a palavra “social” se refere a uma instância que é tida como do governo, tal qual os mecanismos utilizados na máquina administrativa estatal. Assim, os autores argumentam que o aspecto chave do estado de bem-estar social é “(...) conectar a

esfera fiscal, com capacidades burocráticas e calculáveis, conjuntamente com o aparato estatal e com o governo da vida social” (ROSE; MILLER, 1992. p. 24).

O estado de bem-estar apresenta uma forma particular entre as relações dos cidadãos com o poder público. Esse tipo de gerenciamento é ativo e responsável por um governo, e promove certa segurança em termos como doenças, desemprego, aposentadoria, etc. Portanto, transfere os conteúdos políticos para a tecnicidade dos agentes que compõem o quadro estatal. Assim, os autores destacam que a “crise” do estado de bem-estar surge das dificuldades de operacionalização das tecnologias e programas de governo. Novos modos de operacionalização emergiram a fim de promover um governo de forma mais inativa (MILLER e ROSE, p. 30, 1992); o neoliberalismo se diferencia justamente por meio do contexto social e histórico que, em seu discurso, abordam políticas de assistência social e advogam que a prática governamental deve se manter afastada de qualquer tipo de centralização estatal. Conforme o argumento de Dean (2010, p. 179), a crítica neoliberal ao estado de bem-estar social tem como intuito redefinir o que é um “sujeito livre” enquanto instrumento técnico para a consolidação de seus próprios objetivos e propósitos.

Rose e Miller (1992, p. 30) destacam que a mentalidade política do neoliberalismo rompe com o estado de bem-estar social essencialmente no campo moral, das explicações e do vocabulário. O neoliberalismo por si sustenta que um governo “inchado” não é apenas ineficiente, mas maligno. O governo por si só aumenta as expectativas dos indivíduos, e nelas somente um grande débito governamental é capaz de suprir as necessidades dos cidadãos em grande escala – de modo que atividade neoliberal também se orienta para a emergência de um governo que rege aspectos da vida dos indivíduos pela conduta da conduta.

Portanto, o liberalismo contemporâneo redescobre o sujeito por meio de organicidade técnica e passível de modelagem institucional. Aqui, mais uma vez, a liberdade individual desempenha uma noção relativa à conduta individual, tornando-se o princípio pelo qual o governo deve ser racionalizado. Joseph (2014) ilustra a cartilha de desenvolvimento exposta por essas instituições, chamada de *post-Washington consensus*, que visa construir instituições para os mercados.

Outrossim, o autor argumenta que essas normas não são voltadas apenas para o desenvolvimento, mas sim para abrir os países ao capital global e implementar políticas que flertam com o livre-mercado.

É nesse cenário que ocorre a ascensão do neoliberalismo como arte de governo. Como afirma Rosenow (2009), o conceito de neoliberalismo parte de liberalizar a ação e as habilidades dos indivíduos, baseando-se em uma regulação com direitos sobre a propriedade, livre mercado e livre comércio. O autor elucida, contudo, que apesar de possuir suas fontes fundadoras nestes princípios o neoliberalismo se concentra em ser uma forma de regulação social. Ao analisarmos a governamentalidade em seu arcabouço contemporâneo, certamente recairemos sobre aspectos do neoliberalismo que, em suma, Foucault (2008b) compreenderia mais como um *frame* de ações políticas que o Estado pode tomar perante sua população do que como uma doutrina ou uma base filosófica.

Em conformidade, Rosenow (2009, p. 508-509) alega que há um contraste entre as práticas liberais e neoliberais: a segunda é pautada por uma representação do *laissez-faire* pelo *naive naturalism*¹⁴. Conforme afirmam Rose *et al.* (2006, p. 26), “As ferramentas analíticas expostas pela governamentalidade são flexíveis e estão abertas. E são compatíveis com muitos outros métodos”. Da mesma forma, as práticas do governo e do neoliberalismo coexistem e formam uma relação inseparável; o neoliberalismo se exprime de maneira profundamente construtivista, pois é baseado na convicção que a lógica econômica do mercado não é natural, mas uma construção social que só pode funcionar sob certas circunstâncias que são criadas, guiadas e cuidadosamente mantidas.

Por meio do ceticismo da liberdade individual é adotada uma linguagem em que o indivíduo é visto como autônomo e ciente das suas próprias ações; a linguagem e esquemática originadas no mercado também pautam essas relações sociais. O neoliberalismo não apenas reforça a liberdade dos indivíduos, mas também os força a agir como agentes livres do mercado. Miller e Rose (2007)

¹⁴ Rosenow (2009) utiliza o termo *naive naturalism* alegando que o neoliberalismo é profundamente construtivista, pois é baseado na convicção que a lógica econômica do mercado não é natural, mas sim uma construção social e que só pode funcionar sob certas circunstâncias que são criadas, guiadas e cuidadosamente construídas.

destacam que a organicidade neoliberal opera como auto atualização do trabalhador, concomitantemente com um poder disciplinar que visa regular, operacionalizar e tornar seus corpos dóceis para preencherem e adotarem o autogoverno neoliberal, encontrando a sua capilaridade na biopolítica. Larner (2000, p. 13) discorre que o sujeito é visto como um agente ativo, que deve responder aos impulsos do mercado, exercitando sua escolha autônoma. Desse modo, as práticas neoliberais podem ser encontradas nas mais diversas áreas de atuação humana: locais de trabalho, instituições educacionais e de saúde e agências de assistência social, encorajando as pessoas a um autogoverno para que se enxerguem e se mostrem capacitadas para promover o seu próprio bem-estar.

Em concordância, Joseph (2009, 417) destaca que o Estado, a partir de uma racionalidade neoliberal, abandona o modelo de uma governança direta e encoraja os indivíduos a serem mais ativos, empreendedores e responsáveis por suas próprias decisões. Os sujeitos são responsabilizados por suas próprias ações e induzidos a seguir uma lógica competitiva de mercado em âmbito privado. Portanto, dessa maneira o neoliberalismo “(...) define os limites dos indivíduos e instituições e legitima a esfera privada por meio de uma crença que ele é livre de interferência Estatal”, delimitando que isto seja “(...) alcançado por intermédio desta racionalidade definindo as tarefas do governo, construindo as instituições legais, institucionais e condições culturais para um jogo competitivo artificial”.

Gordon (1991, p. 43) crê que a economia se tornou um saber capaz de aproximar e se endereçar à totalidade do comportamento humano. O *homo economicus*, de acordo com o autor, se torna indispensável, pois é por meio dele que se pode exercer a livre concessão da escolha humana, um princípio que capacita e guia cálculos, índices e metas econômicas. Isso torna o sujeito passível de subjugação por meio da arte neoliberal de governo que, em suma, busca criar quadros institucionais para delimitar, criar e dotar os agentes de uma falsa ilusão de liberdade, quando na verdade estão incumbidos a agir de modo a tornar a arte neoliberal uma racionalidade e um governo possível.

Portanto, Lenke (2002) alega que Foucault (2008b), ao discutir a razão liberal, avança a sua análise ao combinar elementos da microfísica do poder com a questão

estatal. Segundo o autor, Foucault não se contenta em relegar o poder às questões estatais, mas a uma miríade de processos podendo ser atenuados ao introduzirmos o aspecto estatal. A governamentalidade, portanto, é interior e exterior ao Estado, pois é por meio das técnicas e táticas de governo que se possibilita uma contínua redefinição sobre o que é competência do estado e sobre o que não o é. De acordo com Larner (2000), o argumento é que: novas formas globalizadas de produção e uma mudança no sistema financeiro forçam os governos a abandonar seu comprometimento com um Estado de bem-estar. Ao invés de formularem políticas inclusivas, os governos tendem a focar em aprimorar a eficiência econômica e sua competitividade internacional. É nesse prisma que se insere a questão da governamentalidade global no presente estudo em tela. Pretende-se compreender como as ações, práticas e discursos possuem tamanha liquidez que se entrelaçam e se desenham em racionalidades de governo onde Estados, instituições multilaterais, ONGs e *think-tanks* se tornam capazes de modelar e construir um rol de concepções regulares dentro da seara internacional, examinando como se faz possível um governo que opera “a distância”, empregando novas técnicas de observação, administração, conjuntamente com um corpo de novos procedimentos e cálculos.

2.3.3 Delimitando a entropia: a governamentalidade global

Ao atrelarmos o neoliberalismo à questão de governo e sobretudo da governamentalidade como desenvolvido por Foucault (2005, 2008a, 2008), adentramos uma zona não binária. A partir dela, as racionalidades e modos de se compreender e fazer as coisas não são apenas um vértice do poder, mas de uma gama complexa que não se satura dentro dos limites estatais. A governamentalidade vista sob um aspecto global está circunscrita em um regime de práticas que podem modelar, regular e interferir na tomada de decisões de Estados, instituições, agentes e até na intimidade do sujeito. Em concordância, Larner e Walters (2004) destacam que o conceito de governamentalidade global visa investigar o modo como o poder é operacionalizado para além do Estado-nação.

Isso significa que as problemáticas do governo e da governamentalidade global, sua consequência, procuram redutos em zonas onde sua operacionalização não é aparente – contudo, sobreposto à racionalidade neoliberal, o conceito se apresenta de maneira mais clara.

Joseph (2010b, p. 202), em um texto quase-manifesto encaminhado para a *International Studies Association*, declara que pelo caráter bastante abrangente adotado pelas “(...) discussões foucaultianas combinadas com a falta de orientações claras em como aplicar o conceito significa que devemos decidir por nós mesmos como usar a ideia de governamentalidade da melhor maneira possível”. Apesar deste enunciado causar uma certa estranheza, o autor declara que devemos estar atentos a uma relação entre as práticas dominantes propostas pela governamentalidade global e as especificidades do *locus* e do objeto de análise pela qual o conceito será operacionalizado.

Em estudos publicados por Zanotti (2013, p. 291) ao examinar a governamentalidade de uma maneira ontológica, o autor destaca que há dois usos recorrentes na literatura das ciências humanas do conceito de governamentalidade. O primeiro é composto por uma gama de pesquisadores que usam o conceito tal qual uma ferramenta descritiva, com o intuito de elencar a convergência de mecanismos disciplinares, biopolíticos e técnicas de governo em um liberalismo global. Nessa gama, estão os estudos de Giorgio Agambem (2014), Hardt e Negri (2003) e Sergei Prozorov (2007). Estes autores visam iluminar práticas de poder e de dominação, conjuntamente com instrumentos de violência e mecanismos de exceção e exclusão tendo o neoliberalismo como pano de fundo. A segunda vertente, delimitada por Zanotti (2013, p.3), é um movimento heurístico que tenta situar historicamente eventos e objetos na tentativa de não recair em uma demonização ou generalização precoce das relações de poder. Este propõe a descoberta de novos elementos, táticas e expoentes de tecnologias de poder que foram subjugadas ou lateralizadas por outras lentes de análise. Os teóricos que adotam esse tipo de leitura são Joseph (2009), Lenke (2017) e Lipschutz (2005). Há uma clara delimitação sobre o que ambas as vertentes almejam: a primeira foca em uma narrativa descritiva, privando-se de uma transposição aos conceitos já

“catalogados” em uma epistemologia das relações internacionais enquanto disciplina. (BLANCO; HOFF, s/d, p.3)

Segundo Zanotti (2013 p. 291), ao compreender o liberalismo – e, por consequência, o neoliberalismo – como regimes opressivos, os autores da primeira vertente tendem a se distanciar do propósito que Foucault (2008a, 2008a) busca estabelecer à prática liberal enquanto arte de governo. Selby (2007) destaca que a predominância dos estudos sobre a governamentalidade global se concentram em sociedades em desenvolvimento ou já desenvolvidas. Portanto, as tentativas de compreender a política internacional apenas por uma análise dessa ordem se tornam equivocadas. Ao estabelecer o conceito de governamentalidade por essa categorização, os textos que tratam do tema não questionam o próprio liberalismo e sua transmutação, mas reforçam-no como uma corrente teórica que enfatiza mecanismos de dominação.

Ontologicamente, é como um retorno da figura de um amontoado de corpos no modelo do Leviatã. O foco agora resta na anátomo-política dos poderes disciplinares e na população, no entanto. Transforma-se em um poder impositivo, que visa o domínio e não uma relação de poder-saber centrada na economia-política e há com predomínio de tecnologias de segurança. Zanotti (2013, p. 291) estabelece que a plataforma heurística concebe espaço para uma nova maneira de se abordar os fenômenos: observar, imaginar e induzir um campo de possibilidades. E é nesse novo campo de possibilidades que surgem caminhos políticos onde se exprime a capacidade de alinhamento com a governamentalidade global para a compreensão de como se dá a ascensão das práticas e tecnologias de segurança, permitindo um governo à distância. Busca-se, portanto, a empiria (ZANOTTI, 2013, BLANCO; HOFF, s/d).

A governamentalidade global atua, portanto, por meio de um regime de práticas pautada na racionalidade neoliberal, visando adaptar e introduzir mecanismos para que indivíduos e Estados sejam encorajados a agir conforme as leis do mercado, além de fornecer incentivos para a consolidação de normas e regras. Assim, esta noção nos ajuda a destacar a visão estratégica do governo e transplantá-la para a seara internacional. Uma das consequências é a promoção de

uma nova ênfase no mercado, estimulando bens públicos e serviços, bem como aconselhamentos em mesas temáticas e atuação em comissões de direitos humanos, programas para a redução da pobreza, incentivos à erradicação de doenças e epidemias e comissões institucionais infra blocos econômicos (BLANCO; HOFF s/d). Larner (2000, p. 6) afirma que essa atribuição na agenda neoliberal se ancora em cinco valores: o indivíduo, a liberdade de escolha, a segurança de mercado, o *laissez-faire* e um governo mínimo. Neumann e Sending (2010, p. 61) creem que tal agenda intelectual foi popularizada por *think tanks* globais, de instituições interestatais como o Fundo Monetário Internacional, Nações Unidas e seus satélites e o Banco Mundial. A análise do neoliberalismo por meio deste vértice abre espaço para compreendermos de que maneira certos tipos de condutas e racionalidades se mostram presentes.

Como afirma Lenke (2002), a racionalidade política por si só não é neutra: representa mais que apenas a realidade dos governados e de quem governa. Por si só, a racionalidade origina, racionaliza e dispõe de instrumentos discursivos que permitem que a execução do poder seja de alguma forma premeditada. Portanto, a governamentalidade global também retém, como uma de suas preocupações, a compreensão de como são produzidas e reproduzidas novas formas de conhecimento, que detêm a função de criar novas noções e práticas para regular e interferir no espaço destinado ao governo.

Ao construir um arcabouço para a governamentalidade global, Neumann e Sending (2010, p. 63-66) argumentam que, perante esta perspectiva, é possível processar como novas normas e regras podem modelar novas políticas de cunhos globais de maneira sistemática, ganhando espaço justamente pela adequação à racionalidade política. Os autores argumentam que nos dias atuais o domínio internacional é concebido como uma esfera política definida pela arte liberal de governar, de modo que há uma densa rede de normas liberais que configuram e moldam o comportamento na seara internacional. Assim, esse comportamento pode ser compreendido como “um sistema global de formas indiretas de poder que operam na intenção de guiar, formar e manter tipos específicos não apenas de Estados, mas também de políticas e alcançar a capilaridade pelos indivíduos”

(NEUMANN & SENDING, 2010, p. 66). A mencionada governamentalização ocorre a partir de uma normalização da conduta, tanto a nível individual quanto em uma tentativa de “estabelecer padrões e modelos de instituições que devem ser implementados e seguidos por todos os bons membros da comunidade internacional” (NEUMANN E SENDING 2010, p. 63-66). Blanco e Hoff (s/d, p. 18) destacam que o estudo da governamentalidade global possibilita delimitar e aprofundar a natureza de um governo à distância, delimitando o modo pelo qual o conhecimento é produzido nas áreas acadêmica, econômica e na tecnicidade das tecnologias de segurança, combinando tanto a difusão de conhecimentos sobre uma temática específica quanto preceitos e instruções de governo.

Na visão de Lenke (2017, p. 119), os estudos da governamentalidade não têm a função de perscrutar o oculto em estruturas já estabelecidas; preferem dar atenção à superfície, ao que se mostra ativo, operante e visível: “Ao invés de investigar propósitos e objetivos escondidos por trás ou abaixo de programas, eles tomam esses programas pelo seu valor de face para descobrir o que tais programas ocultam”. Por instrumentos ocultos, entende-se uma série de mecanismos e práticas que, se não problematizadas, recaem em um prisma absoluto de normalidade e não diferenciação, estabelecendo assim um dos pilares desse tipo de governo.

Joseph (2009, p. 420) delineia que é por meio de instrumentos como “boa governança” e “capacitações” que essas instituições criam melhores ordenamentos para as funções de mercado. Outro meio possível é pela promoção da ideia de desenvolvimento local, tentando abarcar e engajar a sociedade civil a tomar medidas que cooptem e sustentem uma lógica de desenvolvimento pautada nas instituições. Nesse sentido, tais práticas, conjuntamente com todo um arcabouço jurídico, podem ser usadas para culpar e responsabilizar os atores que não se adequem ou não cumpram as normas estabelecidas por estes agentes. Chandler (2009) acredita que o objetivo desse tipo de governo é integrar os Estados em redes de regulação externa, além de ofuscar qualquer tipo de crítica, utilizando-se de recursos discursivos que visam a emancipação e não a subjugação. Isto significa que Estados não desenvolvidos podem se tornar alvos de um tipo de

governamentalidade por meio destas agências interestatais, que se utilizam de técnicas e discursos de um “liberalismo avançado” e visam um governo a distância.

Rojas (2004) alega que as ajudas humanitárias se desencadeiam na forma de um mecanismo global de governo e passam a ser governamentalizadas, pois à medida que a ajuda é operacionalizada ela se transforma em uma relação entre o Estado doador e o receptor. Esta relação se justifica por meio de uma promessa de mudanças estruturais partindo de Estados altamente liberalizados, evidenciando a possibilidade de uma mudança. Larner e Walters (2004, p. 9) destacam que o neoliberalismo sob o discurso da “boa governança” se concentra em endereçar políticas aos países não desenvolvidos de uma maneira menos agressiva; perpetuam, contudo, as relações de poder existentes, tornando-os objetos de intervenção. Follér (2013) evidencia este fato ao analisar o problema do HIV/AIDS em Moçambique, demonstrando a prevalência das instituições doadoras de recursos ao combate à doença de manter uma sistemática de efetividade sobre ações, descartando as veias locais de engajamento. Promove-se assim um governo à distância, pautado na efetividade econômica, programas pré-determinados e sem a intenção de uma ótica pautada na realidade social do Estado.

De uma maneira abrangente, podemos afirmar que a seara internacional é composta por uma série de normas regulares que versam sobre o comportamento individual dos Estados e instituições. Por meio da governamentalidade global adentra-se, portanto, em um viés descritivo, destacando as racionalidades e práticas que se encontram na capilaridade da população – sejam elas por meio de suas discursividades, instituindo tecnologias disciplinares e biopolíticas, ou ainda por seu desencadeamento em tecnologias de segurança. Todos estes pontos são visíveis em caso de uma epidemia global, por exemplo: há uma racionalidade, geralmente proveniente de instituições internacionais como a Organização Mundial da Saúde ou órgãos a ela filiados, como o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). Estes destacam o que é a doença/vírus, como deve ser identificada, tratada, prevenida e curada, incitando um certo tipo de conduta sobre a comunidade internacional como um todo. Dentro deste discurso, existem certamente práticas que induzem a um comportamento disciplinar: desde o

confinamento em sua residência, quarentena¹⁵, ditames de circulação e do que se deve ou não se fazer. Há também a esfera biopolítica onde busca-se o fenômeno da população e seu tratamento, por via de vacinas, tratamentos, remédios – buscando o ser vivo, o ser enquanto espécie. Todavia, todas essas forças se mesclam com um autogoverno de si mesmo e dos outros na tentativa de adequar a conduta às recomendações provenientes de alguma esfera.

Ou ainda, procuram estabelecer vínculos entre temáticas, conjuntamente com atos de governo em relação ao HIV/AIDS. Como, por exemplo, o acordo de cooperação Sul-Sul para a construção de uma fábrica de medicamentos antirretrovirais entre a Fiocruz e a cidade de Maputo, regendo o modo pelo qual o governo brasileiro se assemelha ou se encontra em dissonância para com as práticas fiduciárias sobre a doença em âmbito global. Ou ainda: tentar compreender a que custo agências como o Banco Mundial e a UNAIDS disponibilizaram recursos e assistência para o Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento da doença. Também é possível problematizar como a cidade de Curitiba se insere no mercado de boas práticas globais, sobretudo no âmbito da saúde, operacionalizando os modelos de boa “governança” arraigados pelo mercado global de cidades.

Deste modo, como destaca Lenke (2017, p. 123), a governamentalidade global atrelada ao neoliberalismo não se dá pelo recuo ou liquefação da soberania ou do Estado soberano. Ela se apresenta, na verdade, por uma “(...) extensão do governo [...] o neoliberalismo não é o fim da política, mas sua transformação que reestrutura as relações de poder na sociedade”. Portanto, devemos compreender a governamentalidade e a racionalidade neoliberal que a permeia enquanto maneiras de introduzir as problemáticas de governo como uma força, uma microfísica; um tipo de poder que se entranha e se dissipa de maneira calculada e eficaz, buscando moldar e direcionar o comportamento dos atores.

¹⁵ A prática da quarentena é de todo modo excluída para qualquer tipo de ocasião perante o tratamento ou identificação do vírus do HIV/AIDS. Contudo, surtos recentes do COVID-19, intitulada enquanto uma variação genética do Coronavírus, estão sendo adotados como um método de identificação, prevenção e erradicação da doença. Prática esta que também fora adotada em medidas cautelares para com a varíola, sendo objeto de estudo para Foucault (2008a).

2.4 Considerações Finais do capítulo

O objetivo principal deste capítulo foi introduzir o arcabouço conceitual de Michel Foucault (1826 – 1984), delimitando o escopo dos conceitos que julgamos necessários para o desenvolvimento desta tese. A compreensão dos aparatos metodológicos foucaultianos é de suma importância para a estruturação e consolidação de seus suportes teóricos.

A construção do processo arqueológico busca compreender de que maneira os discursos sobre determinado objeto são moldados e construídos, destacando o regime de saber (ou a episteme) que circunda a época analisada, fundamentalmente aliado à genealogia nos fornece uma ferramenta pujante para estabelecermos o contexto e delimitarmos as redes entrelaçadas de saber-poder que podem vir a emergir. Essa construção toma um caráter crucial, posto que o HIV/AIDS é uma temática repleta de estigmas, preconceitos e visões que permeiam todo o corpo social, com a falsa visão de ser uma doença que afeta apenas um certo núcleo de indivíduos. Isto se agrava por ser uma doença sexual transmissível e acometer o amago mais íntimo do ser: sua sexualidade. Neste sentido, o ramo da ética agrega valor ao trabalho por proporcionar uma visão centrada não em ações que devemos julgar como morais e amorais, mas como uma visão de si para consigo mesmo. A ética é o fio condutor para compreendermos como o indivíduo – no caso deste trabalho, o soropositivo – concentra seus esforços em regular seus impulsos, incertezas e noções de vida adaptadas à própria conduta, especialmente à sexual.

Neste sentido, trazemos à tona as tecnologias de poder propostas por Foucault (2005, 2008a, 2008b): governo, poder disciplinar e biopolítica. O governo, representado por meio da “conduta da conduta”, é um modo de gerenciamento que busca guiar, modelar, ajustar, delimitar a conduta dos indivíduos. É uma forma de cerceamento dos discursos e das práticas individuais, podendo ser – como no caso da sexualidade – voltado a si mesmo ou proponente de um modo de “governar” a conduta de outrem, por meio de uma gama de discursividades ou de técnicas e práticas desenvolvidas por terceiros. Neste sentido, há uma preconização da conduta do indivíduo soropositivo por uma série de discursos que perpassam pelo nível pessoal, familiar e estatal. O “governo” se diferencia de um aparato burocrático

e é expansível a qualquer tipo de gerenciamento, seja ele familiar, empresarial ou estatal, por exemplo. A segunda tecnologia está nos moldes da disciplina – na anátomo-política do corpo humano. Por meio dela, busca-se tornar os corpos dóceis: regular os gestos em sua mais infinitesimal medida, em uma economia de gestos, na domesticação do corpo. Corpo este que se torna foco deste tipo de poder e ocupa espaços onde o sujeito é adestrado e induzido a praticar atos ou permanecer imóvel. Portanto, o poder disciplinar visa estabelecer um padrão ótimo de atividades, para elencar pela norma o que é considerado anormal e excluir, taxar, diferenciar e expor o anormal. Na presente análise, esse tipo de poder pode ser visto nos Centros de Orientação e Aconselhamento ou instituições similares. Por fim, a biopolítica, que visa um gerenciamento não mais do corpo, mas da população vista como uma massa de seres biologicamente definidos. Exprime-se, portanto, por meio de tratamentos, adoção de remédios antirretrovirais e demais tecnologias de segurança empregadas para erradicar ou tornar indetectável a carga viral da AIDS.

Por fim, chegamos ao conceito de governamentalidade. Como já explicitado, este conceito une o modo de como pensar sobre determinado objeto e também promove uma modelagem instituindo como vamos agir sobre determinado problema. Elevado à racionalidade neoliberal, que consiste muito mais em um novo modo de gerenciamento das condutas do que em teoria econômica, podemos compreender este tipo de racionalidade a partir de um transbordamento das fronteiras estatais, o que indica um novo tipo de problemática: a governamentalidade global. Este conceito é útil para que delimitemos o modo por que as práticas e discursos para com o HIV/AIDS são conduzidos fora dos limites estatais brasileiros, através de uma racionalidade pautada no *homo economicus* e em suas práticas que se mesclam entre um governo de si e dos outros: desenhasse, assim, a concepção e a formulação da problemática do HIV/AIDS em uma agenda internacional. Esse ponto também é importante para entendermos se de fato há uma horizontalidade nos preceitos e técnicas adotados por instituições que custeiam os tratamentos da doença ao redor do globo – como é o caso do Banco Mundial – e também para quem produz o conhecimento, as metas e as técnicas

para lidar com o conceito, como o Programa das Nações Unidas para o controle da doença (UNAIDS). Neste sentido, acreditamos que há uma governamentalidade global regendo o comportamento de instituições que produzem conhecimento sobre a temática e modelam as metas a serem atingidas, promovendo um governo à distância, e não pautados na realidade local e individual dos indivíduos soropositivos.

Por fim, acreditamos que o ferramental teórico exposto na presente tese compreende o fenômeno de maneira sistemática: partindo da consolidação de uma racionalidade sobre a doença, envolvendo um arquétipo epistêmico bastante específico e, finalmente, instruindo os discursos a serem repercutidos. Sua capilaridade é pautada na empiria. Por meio do conceito de tecnologias de segurança, compreendemos como os elementos acima dispostos chegam à capilaridade da população soropositiva. No próximo capítulo discutiremos como se sucede esse emaranhado que é “(...) conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder (...)”, que nada mais é do que a governamentalidade (FOUCAULT, 2008a, p. 143). Falaremos também de alguns aspectos pontuais, tendo em vista a problematização do HIV/AIDS: a) o texto e o contexto da emergência do HIV/AIDS como questão global; b) a ascensão e o papel das agências multilaterais e; c) a resposta do governo brasileiro ao HIV/AIDS.

3. O PAPEL DAS INSTITUIÇÕES MULTILATERAIS: A ASCENSÃO DO PROBLEMA HIV/AIDS

A propagação do vírus do HIV/AIDS deteve um caráter de urgência no modo de racionalizar e efetivar ações sobre os soropositivos, delimitando uma miríade de atores que se entrelaçam afim de buscar alternativas para frear o contágio do vírus. Assim, a intenção deste capítulo é delinear a ascensão do vírus. Além de destacar o seu caráter internacional, envolvendo uma miríade de atores que envolvem a comunidade científica, ONGs, burocratas, instituições internacionais e o Estado brasileiro. Em suma, ao nos confrontarmos com o fenômeno da ascensão do HIV/AIDS enquanto uma epidemia, e posteriormente no manejo das instituições internacionais e seu suporte ao caso brasileiro, é possível tecermos algumas considerações iniciais.

Outrossim, concordamos com a noção de Stoeva (2016, p. 103-106) de que o diálogo entre a academia de relações internacionais e de saúde pública não ocorre de maneira linear. Contudo, em concordância com Paim e Filho (1998), sobretudo ao que tange a tradição latino-americana dos estudos sobre saúde, torna-se possível adentrar tanto na determinação social dos indivíduos, quanto imbuir o campo da saúde enquanto um campo de ação política.

Isto de fato, demonstra uma certa congruência com a seara das relações internacionais, que enxerga o mundo por meio de Estados-soberanos e outros entes não-Estatais. Neste sentido, epistemologicamente, o campo da saúde pública se ancora sobre um paradigma que admite e é influenciado por fatores culturais, sócio-políticos e econômicos e que caminha na mesma direção deste trabalho, em que alinhamos a crítica e a perspectiva foucaultiana por meio de nosso foco voltado à epidemia de HIV/AIDS.

Neste sentido, nossa análise trata primariamente e de maneira descritiva a ascensão do vírus do HIV/AIDS. Em um segundo momento, lida com o papel de duas instituições que consideramos essenciais para este estudo: primeiramente analisando as práticas da UNAIDS e do seu papel enquanto principal fomentador de dados, documentos e prerrogativas sobre o HIV/AIDS, bem como sua

consolidação como um *think thank* global sobre o fenômeno. Posteriormente, considerando como o Banco Mundial se insere no plano global de saúde a partir da década de 1990 por meio de uma “oferta de ideais”. Por fim, tecemos considerações sobre os empréstimos feitos pelo Brasil, exclusivamente aqueles obtidos pelos foros do Banco Mundial.

3.1 Como o HIV/AIDS mudou tudo: Texto e contexto de sua emergência

Desde seu início em 1981, a epidemia do HIV/AIDS se mostra um prisma multifacetado e pluridisciplinar, englobando não apenas a comunidade médica de epidemiologistas, sanitaristas, infectologistas e a comunidade científica. Mobiliza desde setores da sociedade civil até altos escalões governamentais e instituições internacionais. A síndrome da imunodeficiência adquirida é um fenômeno mundial, presente em todas as camadas sociais da população e frequentemente atrelado às condutas individuais dos indivíduos. De acordo com a UNAIDS (2019), até o fim de 2018 cerca de 32 milhões de pessoas morreram por meio do vírus da AIDS e de infecções oportunistas¹⁶ que se aproveitam da fraqueza do sistema imunológico para se manifestar no corpo humano.

De acordo com Pinto *et al.* (2007), os primeiros casos clínicos de HIV/AIDS foram detectados no mês de maio de 1981 nas cidades de Los Angeles e São Francisco em pacientes de sexo masculino. Ambos eram homossexuais, e a partir de amostras laboratoriais e de análise epidemiológica, traçou-se a origem da doença até a África Central. A análise mostrou a ocorrência do vírus a partir de 1960 em símios, de maneira que se discutiu a transmissão da doença por meio de contato humano com os animais, seja por agressões como arranhões, mordidas ou demais contatos corpo-a-corpo. Uma outra hipótese é que a transmissão inicial se tenha desenvolvido devido à ingestão da carne malcozida do símio. Contudo, a literatura ainda não fornece um consenso do porquê o vírus emergiu somente naquele

¹⁶ As infecções oportunistas são síndromes clínicas que ocorrem enquanto uma consequência da debilidade do indivíduo infectado com HIV/AIDS. Portanto, podem ocorrer com mais frequência em indivíduos que possuem uma carga viral do vírus elevada e que não se utilizam da terapia antirretroviral. O leque de ocorrências clínicas é grande, envolvendo: pneumonias, tuberculose e candidíase, cujo estão entre as principais doenças.

momento, tampouco de que modo o vírus se adaptou ao homem. (FORATITINI, 1993; GRMEK, 1995; PINTO *et al* 2007)

Conforme afirma Grmek (1995, p. 229), abordar o momento de ascensão da Aids significa o delineamento de três problemas que se entrelaçam: a origem do vírus, as manifestações causadas pela doença e, por fim, o início da epidemia em si. A tese defendida pelo autor ressalta que no momento da manifestação da AIDS não há um vírus de patogenia¹⁷ estritamente novo, mas sim uma sobreposição por germes distintos, o HIV-1 e o HIV-2. Apesar de ambos possuírem em sua estrutura os mesmos princípios, só é possível afirmar como oriundo da África a variante HIV-2 – curiosamente, o primeiro caso do HIV-1 se apresenta no litoral estadunidense e, por ora, não há nenhum tipo de genealogia comprovando a origem do vírus em outro local (GRMEK, 1995; PINTO *et al*, 2007).

Sobre as manifestações da doença, Foratinni (1993, p 153) destaca que o vírus possui um grande potencial de alterações em sua taxa de replicação, alternando entre períodos de latência e altos índices de desenvolvimento no corpo humano. Após contrair o vírus do HIV, o indivíduo pode não demonstrar sintomas, ocasionando um grande intervalo entre o surgimento dos sinais clínicos iniciais, como febre, diarreia, suores noturnos e emagrecimento rápido e a morte, em casos mais avançados. De acordo com Mann *et al* (1988, p. 82), os sinais iniciais podem ocorrer em entre duas semanas a três meses; além disto, o vírus pode demorar até oitos anos para se desenvolver. Quanto à epidemia da doença, Grmek (1995, p. 232) crê que a gestação virulenta da AIDS alcançou seu limiar crítico no final da década de 1970, resultando no ápice do vírus enquanto um fenômeno que deriva tanto de fatores biológicos quanto sociais. Grmek (1995, p. 234) destaca o conceito de patocenose, delimitando que “(...) a frequência de cada doença depende em grande parte da frequência de outras doenças numa mesma população. A história de cada doença é então dependente da história de todas as doenças.” Assim, o autor crê que por meio da patocenose anterior – tuberculose – os casos de AIDS se

¹⁷ A patogenia é um ramo da ciência médica, que busca encontrar o nascimento de determinado vírus, ou doença. Além de buscar explicações sobre a evolução biológica do vírus.

tornaram basicamente invisíveis, de modo que o olhar clínico não fora treinado para identificar os casos positivos de AIDS.

Para além do fator biológico, Grmek (1995, p. 235) indica de maneira peculiar como a AIDS era subitamente atrelada e racionalizada: à “(...) promiscuidade homossexual, organizada em ampla rede internacional, tem funcionado enquanto um verdadeiro caldo de cultura para o vírus da Aids. A novidade histórica não estava na homossexualidade[...], mas na amplitude e no grau de promiscuidade”. Este trecho, além de evidenciar o grau de preconceito com a doença, também delimita o arquétipo acadêmico dominante durante os anos de 1980 sobre HIV/AIDS. Chamada de “peste gay”¹⁸ não apenas pela mídia, mas também pela comunidade científica que atrelava o vírus do HIV/AIDS à sua circulação exclusiva entre uma população invisibilizada e marginalizada, não eram incomuns sugestões sobre a correção ou o adestramento da própria conduta individual daqueles acometidos pela doença. A doença promoveu um governo por meio da conduta dos indivíduos ao propor uma modificação substancial de comportamento, englobando a utilização de preservativos, seringas descartáveis e bancos de sangue sem a presença de sangue de homossexuais (GRECO, 2008, p. 74). Galvão afirma que (2000, p. 173) este vínculo, produzido pelos primeiros casos de HIV/AIDS e atrelando-o à população homossexual, fora até mesmo endossado pela academia durante a década de 1980, quando a AIDS era chamada de GRID (*Gay Related Immune Deficiency*)¹⁹. Esta denominação reforça o argumento de que o HIV fora estritamente ligado a comunidade homossexual e que, além dos efeitos biológicos, o vírus carregava um estigma sobretudo ético, que aflige os portadores da doença, forçando-os a se readaptar a um cenário no qual eram vistos como propagadores do vírus.

Galvão (2000) destaca que o vírus do HIV, em um primeiro momento, poderia ser compreendido perante o que a autora chama de “pânico moral”. A autora destaca que o pânico moral fora estabelecido inconscientemente para tentar alertar

¹⁸ Peste gay era o termo utilizado de maneira sensacionalista pela mídia na década de 1980 para se referir ao HIV. O termo enfatizava o preconceito e a violência sistemática, seja verbal ou física pelos quais os homossexuais eram expostos enquanto um tipo de “repositório” do vírus do HIV/AIDS.

¹⁹ “Deficiência Imune Relacionada aos Gays”, tradução nossa.

a população e suprimir o vírus, e se baseava em quatro pilares: a) o julgamento moral, tanto da doença quanto dos doentes; b) uma violação minuciosa e sistemática de direitos adquiridos dos indivíduos soropositivos, ou que se enquadram em um grupo de risco, ou possuem um comportamento de risco; c) a ótica de mercado prevalecendo sobre a saúde aos detentores do vírus do HIV; d) a importância dos contextos sociais, econômicos e políticos da pessoa que contraiu o vírus. Assim, o pânico moral se expressa em questões negativas perante o fenômeno, de tal maneira que pessoas vivendo com HIV/AIDS foram alvo de preconceito e discriminação nas mais variadas esferas, desde seu núcleo familiar até em sua atividade laboral, ocasionando em uma violação da dignidade da pessoa humana e, conseqüentemente, de seus direitos humanos. Galvão (2000, p. 179) destaca também que, para além do preconceito, o pânico moral fora responsável por medidas que visavam preservar a saúde pública, de maneira que saunas destinadas ao convívio homossexual foram fechadas, religiosos buscaram conter o excesso de desejo sexual promovendo um tipo de abstinência relativa ao sexo, além das fichas de notificação da doença que destacaram seu viés moralista, indicando questões sobre a sexualidade e a conduta individual de cada um.

A autora também destaca que fora criado uma espécie de “cordão” sanitário ao continente africano, reforçando o estigma e as narrativas de que a doença teve sua ascensão por meio de relações sexuais dentre humanos e símios (GALVÃO, 2000, p. 179). De acordo com ela, esta visão também corroborava a demarcação de uma linha tênue entre os índices socioeconômicos e de educação de Estados do Sul, visto que este tipo de narrativa criada seria totalmente inconcebível em uma população “bem-informada e educada” (Ibidem, p. 179). Portanto, se acentuam as diferenças globais entre saúde, bem-estar e desenvolvimento entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, inserindo a epidemia gradualmente em um escopo global, como afirmam Mann e Tarantola (1998, p. 6) “(...) a epidemia de HIV vem afetando desproporcionalmente as pessoas em países em desenvolvimento além da população marginalizada em países industrializados”.

Para além de seus efeitos negativos, Galvão (2000, p. 181) também ressalta que o conceito fora correlacionado com vias positivas, ocasionando em uma certa

excepcionalidade para conter a epidemia: é a partir dele que se dá o engajamento com a sociedade civil. Essas respostas partiam da parcela da população que era estigmatizada por possuir o vírus, rotulados de “aidéticos”, pertencentes a “grupos de risco” e propagadores da “peste gay”, motivando pessoas portadoras do vírus a promover grupos de apoio, fenômeno ocorrido primariamente nos Estados Unidos e que gradualmente se alastrou tanto para a Europa quanto América Latina, criando centros de apoio ao HIV/AIDS.

No Brasil, serviram de inspiração para a sociedade civil a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), fundada em 1986 e sediada no Rio de Janeiro, e o Grupo de Apoio a Prevenção da AIDS (GAPA) fundado em 1985 e sediado em São Paulo. Em Curitiba há o Grupo Dignidade, fundado em 1992 com a intenção de ser um centro de acolhimento para gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (LGBT). De acordo Mann e Taranola (1988), a estratégia geral para a década de 1980 estava baseada sobre a iniciativa individual, tentando prover uma mudança geral no comportamento coletivo. Galvão (2000, p. 186) destaca que tentava-se induzir o sujeito a deixar de frequentar locais considerados como uma zona de risco, de tal maneira que a intervenção se pautava diretamente em uma prevenção basicamente geográfica de exclusão de bares gays, saunas, prostíbulos etc. Contudo, tal iniciativa não foi bem-sucedida, e os casos aumentaram exponencialmente. Todos estes detalhes corroboram nossa hipótese sobre o delineamento de tecnologias de segurança aos soropositivos, delineadas desde a formulação primária sobre o conceito de HIV/AIDS – GRID – e indicando uma relação epistêmica entre o fazer científico e o detentor do vírus, além de suas ínfimas atividades cotidianas, fossem elas com foco no prazer individual – promovendo discursos que visam à renúncia do ato sexual – até o fato de se submeterem às práticas de convívio que buscam a disciplina dos atos cotidianos, impulsionado pelo preconceito em geral sobre portadores do vírus. Além disto, gradualmente o HIV/AIDS vem delineando contornos que se sobressaem à saúde pública e adentram em uma questão global, pautada em uma discussão socioeconômica.

Contudo, conforme apontam Nunes Júnior e Ciosak (2008 p. 1104), a partir do advento da zidovudina (AZT) em 1986 e de sua regulação pelo órgão de controle sanitário estadunidense de controle sobre produtos farmacêuticos, denominado “Food and Drug Administration” (FDA), a AZT começa a ser comercializada a partir do ano subsequente pelo laboratório *Burroughs-Wellcome*, sob o nome de Retrovir® (SOUZA e ALMEIDA, 2003, p. 367). É nesse cenário que surge uma esperança sobre as pesquisas de tratamentos antirretrovirais, de modo que se abriam novas perspectivas para o tratamento da doença, ainda que o preço do medicamento fosse estimado naquele momento em 10 mil dólares por ano para cada paciente (OLIVEIRA *et al*, 2007, p. 43)

Nesse sentido, com a patente do AZT ainda sob tutela da *Burroughs-Wellcome* e com elevados custos de distribuição à população soropositiva, Mann e Tarantola (1998, p. 6) observam que a estratégia da Organização Mundial de Saúde dentre 1986-1989 era ajudar os Estados a promoverem seus programas sobre HIV/AIDS para assegurar que as informações e serviços necessários para promulgar um comportamento livre de riscos estariam amplamente disponíveis. Isto seria acompanhado de informações para tentar frear a livre discriminação que os soropositivos estariam sofrendo, o que culminaria uma estratégia totalmente nova no âmbito da saúde pública. Galvão (2000, p. 187) destaca que, ao longo de toda a década de 1980, o vírus “teve de passar, dentre outras coisas, a ser entendido não mais como uma doença “contagiosa”, mas como “infecciosa””, para que por fim a academia e a sociedade civil vissem e reagissem ao HIV/AIDS de forma diferente. É a partir desta retomada que toda a moralidade advinda das ações tende a ser suavizada, apontando para um caminho vindo de instituições internacionais, seja por meio de expertise, de empréstimos, ou de planos de contingência ao fenômeno, de modo que no próximo tópico de discussão será analisada a cristalização da UNAIDS como instituição responsável por angariar dados e levantar discussões sobre o HIV/AIDS e na construção de uma “oferta” de ideias por meio da atuação do Banco Mundial na área de saúde.

3.2 A ascensão e o papel da UNAIDS e do Banco Mundial ao HIV/AIDS e seus dispositivos de atuação

A história da epidemia de HIV/AIDS é indissociável da atuação de instituições que operam de maneira multilateral. Os esforços para a contenção do vírus vão além do simples cuidado dos pacientes e do julgamento ético de sua conduta em um plano local. A doença mobilizou organismos multilaterais tanto para destacar a urgência do cenário endêmico da doença como para estimular respostas tecnicistas ao portador do vírus. Portanto, toda a sistemática que envolve o HIV/AIDS passa a ser debatida e orquestrada em fóruns de discussões internacionais sobre o tema, de maneira que a epidemia surgida em meados de 1981 passa a interconectar o que outrora foram governos e células da sociedade civil, bem como instituições de cunho internacional com o intuito de avançar no combate à doença. É nesse cenário que a problemática do HIV/AIDS alcança uma projeção global e passa a ser uma questão tratada de maneira multinível, transitando entre práticas e instituições internacionais, Estados e governos locais.

Parker (2000, p. 122), descreve em detalhes como, em 1986, um Programa Especial de AIDS (PEA) foi criado no âmbito da OMS, formalizando-se em 1987 como Programa Global de AIDS (PGA). O PGA foi responsável, em 1989, por designar apoio em 159 países que sofriam com a calamidade do HIV, de modo que a Assembleia Geral das Nações Unidas se tornou um palco para as discussões de ministros da saúde para orquestrar alternativas e frear a epidemia. Guiada por um otimismo perante a doença e com novas abordagens sobre o HIV, correlacionando-o à arena dos direitos humanos e delimitando meios de incorporação do programa a ONGs, estabeleceu-se um intercâmbio real entre pessoas e ideias nos órgãos oficiais e seus representantes.

Conforme Parker (2000, p. 123; UNAIDS 2008, p. 17), com a onda de otimismo houve também um significativo aumento de investimentos no PGA, aumentando os valores de 30 milhões levantados em 1987 para 90 milhões de dólares em 1990 (UNAIDS, 2008, p. 16), abrindo a possibilidade da criação de uma “indústria” ligada à doença. Assim, setores antes não relacionados à epidemia global passam nesse momento a demonstrar interesse. Neste sentido, Parker

(2000, p. 123) destaca que o PGA foi marcado por uma constante disputa entre agentes do programa e funcionários de alto escalão da OMS: enquanto os envolvidos com o PGA atuavam de maneira a favorecer certa rapidez em processos administrativos e burocráticos, o então diretor geral da OMS, Hiroshi Nakajima, impunha limites e restrições burocráticas, causando intenso desconforto, com o intuito de se autopromover para com um setor chave e estratégico e em busca de maior influência e autoridade. A situação culminou com a renúncia de Jonathan Mann da diretoria da PGA; Mann, além de acadêmico, era também soropositivo e ativista de questões sobre HIV e direitos humanos. Com sua saída, Michel Merson foi nomeado diretor geral do programa. Ele atuava como chefe da divisão contra a diarreia na OMS, e tinha a missão de promover uma reestruturação no PGA, estabelecendo os mesmos padrões burocráticos da OMS para as demais frentes. (PARKER, 2000. p. 123)

É nesse momento que emerge o que Parker (Ibidem, p. 123) chama de “PGA II”, uma adequação gradual nos ofícios em busca de uma resposta institucional mais organizada ao combate da doença. Seu objetivo não era promover ações *top-down* perante os Estados-parte, mas coordenar e supervisionar as iniciativas nacionais de maneira técnica, propagando as práticas e políticas da OMS. Neste momento, o autor destaca que a função do PGA II se tornou ambígua, pois não possuía de fato autoridade financeira para prover recursos, tampouco a expertise necessária para lidar com diferentes prismas da decorrentes da doença devido à disparidade de padrões de respostas nas localidades em que se propunham a prestar apoio técnico. Neste sentido, a estratégia de coordenação com os programas de HIV/AIDS proposta por Merson sofreu duras críticas. O PGA II foi acusado de criar um modelo de atuação único, que não provia o suporte necessário às diferentes realidades socioeconômicas e culturais das comunidades afetadas. (Ibid, 2000, p. 123; UNAIDS, 2008, p. 18)

Após um longo processo de construção, debates e negociações, decidiu-se por meio de um relatório do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC) que o PGA daria lugar ao Programa Conjunto da AIDS das Nações Unidas (UNAIDS) (Ibid, p. 124), criado e estabelecido por meio da Assembleia Geral

das Nações Unidas de 1995. Reunia, inicialmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS); o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP); a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO); e o Banco Mundial (BM). Era uma tentativa de criar uma estrutura mais coesa e que abrangesse mais do que apenas a saúde pública. Toda esta junção se dá por um reposicionamento destes organismos em compreender a doença em uma maneira que Mann e Tarantola (1988) já alertavam ser um problema de desenvolvimento. Conforme afirma Fontes (1999, p. 116), a UNAIDS se estabelece como uma instituição “guarda-chuva” que passa a ser responsável pelo apoio prestado pela ONU no combate à epidemia. Neste sentido, a instituição estabelece políticas generalistas, contando com a figura de especialistas de diversas etnias, raças e de regiões do mundo. Contudo, a participação *in loco* só ocorre quando algum dos países signatários é respaldado por um grupo temático, envolvendo ações de coordenação e regulação de programas.

Kohlmorgen (2005, p. 136-137) destaca que a criação da UNAIDS foi uma resposta institucional global para tentar mitigar a rápida proliferação do HIV/AIDS, “(...)tendo enquanto seu principal objetivo coordenar o sistema da ONU frente aos desafios inerentes do HIV/AIDS”. Ainda de acordo com o autor, a inovação se deu por meio da inclusão de delegados de vinte e dois Estados-membros, além de cinco representantes da sociedade civil, incluindo ONGs dedicadas ao tema. A instituição foi criada para promover um direcionamento para a doença; posteriormente, o incluiu em cláusulas de empréstimos do Banco Mundial para a mitigação do vírus, o que exigiu a participação da sociedade civil. Portanto, o programa visa contribuir para a formulação de estratégias em países em desenvolvimento, pautado em uma interface híbrida entre os setores público e privado, e promovendo informações e dados sobre a epidemia do HIV/AIDS. Kohlmorgen (2005, p. 137) conclui que a UNAIDS pode ser encarada como um “gerenciador de interfaces”, promovendo medidas que julgam cabíveis para a correta prevenção e tratamento da doença.

Contudo, Kohlmorgen (2005, p. 138) afirma que a instituição teve dificuldades para agrupar os esforços do HIV/AIDS sob sua tutela. Isto se dá pela mudança constante em sua diretoria geral, interesses díspares entre as instituições catalizadoras e provedoras de recursos, interesses organizacionais e as diferentes prioridades de agenda das instituições que a compõem. Enquanto isso, patrocinadores das instituições continuavam propagando suas próprias visões sobre o vírus do HIV/AIDS: o Banco Mundial, por exemplo, principal patrono da instituição, insistia em manter o controle dos recursos dispendidos em programas ao redor do mundo. Para além destes problemas de coordenação institucional, também há uma proliferação de outros programas e instituições criados com a intenção de mitigar a epidemia causada pelo vírus.²⁰

Diante dos problemas organizacionais e em busca de financiadores, além de uma pressão advinda da 13ª Conferência Internacional sobre AIDS junto a atual situação do continente africano, fora acordado que as companhias farmacêuticas reduziram os preços dos tratamentos antirretrovirais para efetuarem um programa geral para a África. A UNAIDS firma então uma parceria conjunta com o Global Fund por recursos, além de contar com o Banco Mundial, dando início ao programa para a África denominado de Multi-Country AIDS Programme (MAP), voltado à viabilização do tratamento da população soropositiva com medicamentos antirretrovirais no continente. O programa estabelece uma meta audaciosa, chamada de “3 by 5”: tratar três milhões de pessoas com antirretrovirais até o fim de 2005 (UNAIDS, 2008). A base do programa estabelecido em 2002 era definida por cinco objetivos estratégicos: a) liderança global; b) apoio urgente aos países; c) protocolos simplificados para fornecer tratamentos antirretrovirais; d) fornecimento eficaz de medicamentos e diagnósticos; e) identificar e replicar casos de sucesso. (OMS, 2006, p. 5)

²⁰ Aqui destacam-se três instituições: The Global Fund (Fundo Global de luta contra AIDS, tuberculose e malária) criado em 2002. Plano Presidencial dos Estados Unidos para o alívio da AIDS (PEPFAR), iniciado pelo então presidente George W. Bush em 2003. Por fim, a UNITAID criada para discutir e apresentar inovações em tratamentos sobre a AIDS, tuberculose e malária. Embora essas instituições possuam sua relevância, não serão abordadas neste texto por entendermos que a UNAIDS e o Banco Mundial ainda são os principais atores relativos à doença em âmbito global.

O projeto sofreu inúmeros revezes. Desde a dificuldade de encontrar financiamentos, além da longa espera por conta da burocracia dos países membros e credores em disponibilizar tanto ajuda na forma de expertise, quanto financeira. O projeto não cumpriu seu objetivo primário e, no final de 2005, do montante estabelecido de três milhões, apenas 1,3 milhão de pessoas foram realmente atendidas (OMS, 2006, p. 81). Além disto, o projeto sofreu duras críticas tanto de Estados-membros que ajudaram no financiamento, quanto da comunidade acadêmica e ONGs. As críticas são relacionadas à forma agressiva pela qual o programa foi proposto, além de não apresentar nenhuma contribuição estrutural para a saúde pública nos Estados-alvo. As diretrizes e iniciativas locais para HIV/AIDS locais foram ignoradas, e o processo fora inteiramente estabelecido de forma *top-down*, sem engajamento da sociedade civil. O foco na estratégia de disponibilização de medicamentos e não em processos de prevenção ou reeducação de uma população já acometida pelo vírus foi mais um problema na implementação do programa (GUTIERREZ *et al.*, 2004).

Analisando brevemente o processo, nota-se que o programa fora claramente elaborado como dispositivo de segurança, utilizando-se de tecnologias biopolíticas, como a medicalização da epidemia para tentar refrear o contágio do vírus, pautada em decisões de mercado sobre o custo-benefício da operação, sem levar em conta a expertise e os procedimentos locais de prevenção da doença. Podemos inferir que, por meio das ações orquestradas, tendo como pano de fundo a UNAIDS e sua horizontalidade, o início de uma normalização de respostas à epidemia, ressaltando a inabilidade de agentes públicos na formulação de respostas sobre a doença em âmbito local. Muito embora houvesse a intenção de se levar em conta a situação socioeconômica da comunidade afetada e basear as ações perante um atendimento humanizado e sem ferir a dignidade do sujeito afetado, havia uma certa dissonância entre as respostas levantadas por meio de discursos e as práticas sociais adotadas.

A racionalidade advinda do programa era amparada em medidas de custo-benefício econômico, pautando-se em matrizes estabelecidas pelos tecnicistas do Banco Mundial de modo que neste período já havia uma predisposição de políticas públicas globais de saúde serem pautadas por uma lógica neoliberal de mercado

(KOLHMORGEN, 2005). É com a consolidação da UNAIDS, e por consequência do Banco Mundial, que estas questões se tornam explícitas e houve certa disciplinarização das ações tomadas, por conta de sua mecanicidade e padronização no modo que os doentes foram tratados. As estratégias visando o HIV/AIDS agora perpassam tanto uma estrutura de saber-poder quanto uma indução da questão de governo, tornando-se desta maneira orquestrada e governamentalizada. Afinal: tanto a maneira de se relacionar com o fenômeno quanto a de agir sobre ele se alinham de acordo com as perspectivas políticas e econômicas do *agir* sobre as populações mais afetadas.

Para além do “3 by 5”, a UNAIDS também deteve atuação central em outros programas frente ao combate ao HIV. A primeira delas é o conjunto de objetivos a serem alcançados em 2015 elaborado pelas Nações Unidas, chamados de Objetivos do Milênio (ODM). Entre 8 objetivos principais, o número 6 denota uma maior amplitude e se estabelece por “Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças” (ODM-6): sua responsabilidade é legada à UNAIDS. A meta real do programa foi alterada em diversas circunstâncias; em 2011, contudo, estabeleceu-se a meta a ser alcançada até 2015 de que 5 milhões de pessoas afetadas pelo vírus deveriam estar recebendo tratamento antirretroviral – a meta foi alcançada alguns meses antes do prazo (UNAIDS 2016).

Como já exposto na introdução deste trabalho, o HIV/AIDS é anunciado como uma ameaça ao desenvolvimento mundial em um discurso no Conselho de Segurança das Nações Unidas, proferido pelo então embaixador estadunidense Richard Holbrooke. Outro fator que propiciou o caráter emergencial da doença fora a realização da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNGASS) realizada em junho de 2001. De 2015 a 2020 a UNAIDS possui um plano ambicioso, que também já fora exposto na introdução do estudo em tela. Trata-se da meta 90-90-90, que institui métricas para um avanço no diagnóstico e tratamento de HIV/AIDS e busca chegar ao percentual de: a) 90% das pessoas que possuem o vírus devem saber que estão infectadas; b) 90% das pessoas que possuem o vírus devem estar recebendo tratamento antirretroviral; c) 90% das pessoas que estão recebendo tratamento devem possuir o vírus no

organismo de forma indetectável. O objetivo se relaciona aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (UNAIDS, 2015), mas apesar dos esforços a meta não foi atingida: hoje, 81% das pessoas que possuem o vírus sabem do seu status sorológico, 67% delas têm disponíveis as terapias com antirretrovirais e, destas, mais de 90% possuem carga viral indetectável. (BRASIL, 2020)

Atualmente, a UNAIDS segue como o principal *think tank* sobre o HIV/AIDS em âmbito global, com um orçamento para o período 2020-2021 de 484 milhões de dólares (UNAIDS, 2019). Amparada por onze instituições patrocinadoras²¹, a instituição traduz suas práticas por meio de relatórios acerca da prevenção, tratamento e cuidados com a doença, além da avaliação das suas próprias práticas e de atores que são seus patrocinadores, também possui um extenso banco de dados com diversos índices sobre a doença. A UNAIDS participa ativamente de comitês consultivos conjuntamente com os programas nacionais de HIV/AIDS em diversos países – inclusive no Brasil, conforme aponta a Comissão Nacional de DST, HIV/AIDS e Hepatites virais (CNAIDS), tendo uma cadeira reservada a executivos do órgão enquanto membro da Comunidade Técnica e Científica do conselho.

É por meio da criação da UNAIDS enquanto um “guarda-chuva” para tratar de questões de HIV que durante toda a década de 1990 o Banco Mundial se torna um ator chave na oferta de ideias e recursos financeiros, não apenas perante as questões sobre o HIV/AIDS, mas na saúde como um todo (FONTES, 1999; MATTOS, 2001). Conforme afirma Parker, (2000, p. 125) “(...) em parte alguma isto está mais evidente do que no envolvimento do Banco Mundial” enquanto um dos órgãos fundadores da UNAIDS.

Assim, Mattos (2001, p. 382) destaca que o Banco Mundial durante a década de 1990 teve importância ímpar por conta de seus muitos doadores e agências

²¹ Atualmente a UNAIDS é patrocinada por onze instituições do núcleo das Nações Unidas, possuindo uma Junta de Coordenação do Programa, onde a direção da UNAIDS é rotacionada. As instituições participantes são: Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Programa Mundial de Alimentos (PMA), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC), Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres (ONU Mulheres), Organização Internacional do trabalho (OIT), Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura (UNESCO), a Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OMS/OPAS), Banco Mundial (BM).

internacionais, pois “(...) sua oferta de ideais apoiou-se em um argumento que atribui a eficácia da ajuda aos países desenvolvidos mais ao aconselhamento político do que aos empréstimos ou doações”. Neste sentido, Mattos (2001, p. 382) ressalta que as ideias e sua proliferação se dão por meio de documentos oficiais, redigidos pela própria instituição. Os documentos são de dois tipos: o primeiro é relacionado a um tema geral, sem menção direta a qualquer Estado; o segundo é estritamente direcionado a um Estado ou localidade a que se dá a oferta de recursos, aliados à expertise técnica dos agentes do Banco. Outrossim, Mattos (2001) crê que o Banco Mundial se insere no “mercado” de saúde como uma instituição privilegiada, pois goza de autonomia e de expertise que são extraídas de projetos já realizados. Afinal, é partir de uma lógica de mercado que tais instituições agem enquanto atores de uma governamentalidade global, sobretudo no que se refere à saúde, e são influenciadas de alguma maneira pela captação de recursos para promover e direcionar políticas aos países que necessitam de suporte financeiro.

Mattos *et al.* (2001, p. 7) destacam também que o Banco sofre uma série de transformações na década de 1990, e afirmam que “(...) combater a AIDS deveria se tornar parte integrante das estratégias do Banco para os países”. O Banco Mundial busca desenvolver uma retórica em que a questão do desenvolvimento é colocada de lado e mira-se em outro objetivo: a redução de pobreza. Ainda de acordo com os autores, as propostas que seguiriam essa visão deveriam ser elaboradas e apresentadas como se tivessem algum impacto imediato sobre a redução da pobreza (Ibid, 2001, p. 11). Ora, pela própria natureza da instituição, fazia-se necessário que os empréstimos aos países em desenvolvimento continuassem sendo efetuados. Portanto, conforme afirmam Mattos *et al.*, (2001 p. 13), “(...) não é por coincidência que o combate à pobreza surge em meados da década de 90 como o grande consenso entre organismos internacionais e agências doadoras” pois, conforme continuam os autores, “é em torno dela que se fazem os apelos pela retomada dos gastos dos governos dos países em desenvolvimento destinados à cooperação internacional” (Ibid, 2001, p. 13). Desta maneira, o Banco Mundial se firmava no cenário global como uma instituição que buscava tanto a

diminuição da pobreza, quanto um aliado de extrema valia para ações que minimizassem os danos à saúde pública. Neste sentido, em um relatório chamado *Investindo em Saúde* formulado pelo Banco, em 1993, é destacada a importância de uma métrica chamada “AVAD” (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 6) como bem define Parker (2000, p. 127) “anos de vida ajustado pela deficiência”. Esta nada mais era que a relação entre os custos de saúde e seus benefícios econômicos. De acordo com essa métrica, há certas ocasiões em que não seria vantajoso ao Estado tratar o doente, como demonstra a seguinte passagem:

Muitos serviços de saúde têm graus tão baixos de eficácia relativamente ao seu custo que os governos se vêm forçados a considerar a possibilidade de excluí-los do esquema clínico essencial. Nos países de baixa renda, tal pode ser o caso da cirurgia cardíaca, do tratamento de cânceres altamente letais dos pulmões, do fígado e do estômago, das caras quimioterapias nas infecções por HIV e do tratamento intensivo de crianças acentuadamente prematuras. **É difícil justificar o uso de recursos do governo para esses tratamentos médicos, ao mesmo tempo que deixam de ser adequadamente financiados recursos muito mais econômicos,** que beneficiam os pobres. (BANCO MUNDIAL, 1993, p. 11 *grifo nosso*)

Além desta passagem nos causar um certo desconforto, o Banco Mundial (1993, p. 19) ainda introduz um conjunto de métricas elaboradas a fim de delinear “para cada morte, o número de anos de vida perdidos”²², estabelecendo uma relação de custo-benefício à qual o Estado, ao aderir a esse tipo de prerrogativa, conseguiria estabelecer cálculos e técnicas paliativas e manter sua saúde financeira equilibrada (PARKER, 2000, p. 127). A estratégia, além de possuir uma característica questionável, destaca o caráter disciplinador do documento – além de demonstrar mais uma vez toda a lógica de uma racionalidade neoliberal aplicada à saúde e a sua possível pauperização diante da população. Mattos (2001. p. 388) destaca que o novo papel atribuído ao Banco Mundial, quer seja por meio de sua racionalidade onipresente ou por um constrangimento de não-adequação às metas estipuladas pelo Banco (que adere à mesma lógica da iniciativa privada), estabelece um padrão de normalização das políticas de saúde e econômicas dos países em

²² De acordo com Parker (2000 p. 127), o Banco Mundial (1993 p. 19) desenvolve o conceito de “anos de vida ajustado pela deficiência” e é utilizado como um cálculo econômico que insere tanto os efeitos negativos causados pela doença, incidindo na expectativa de vida do indivíduo, quanto a sua mortalidade. Desta métrica, é retirada uma estimativa com o intuito de delimitar a qualidade dos serviços de saúde prestados.

desenvolvimento. Diante do apresentado, é visível a ótica de mercado guiando a discussão dos custos relativos à saúde, sobretudo ao que tange o HIV/AIDS. De maneira gradual, as noções de saúde e bem-estar foram sendo resguardadas e estabelecidas em um tom de “desenvolvimento” aliado ao crescimento econômico. Como afirma Parker (2000, p. 129), essa nova diretriz representava em “sua visão mais crua um cálculo de custo/benefício econômico”.

Kohlmorgen (2005, p. 136) destaca que a participação de esferas da sociedade civil e uma “boa governança” seriam indispensáveis para conseguir empréstimos pelo Banco. Salles (2016, p. 101) afirma que um dos conceitos-chave para entender a repaginação do Banco Mundial é o seu conceito de “boa governança”, “(...) um conjunto de orientações para a construção de capacidades institucionais que estimulem o desenvolvimento, tanto no âmbito público quanto privado”. Neste sentido, a autora afirma que, a partir de tais práticas, o que o Banco Mundial busca é um certo nível de qualidade das intervenções estatais, e não quantidade, de maneira que essa capacidade de promover serviços de qualidade dependem das funções políticas, burocráticas e administrativas do Estado.

O modelo começa a ser adotado pelo Banco Mundial em 1989, com o intuito de reestruturar as diretrizes do banco na década de 1990. Portanto, “em consonância à abordagem da boa governança, uma série de conceitos passaram a fazer parte da linguagem dos empréstimos: participação, parceria, empoderamento e autonomia” (SALLES, 2016, p. 112). Nesse período houve um certo redimensionamento das ações do BM, de maneira que os termos serviram para promover a ideia de que a instituição visava um aparato inclusivo com a comunidade local e seus gestores, por meio de “(...) consultas públicas, workshops e trabalhos de campo” para subsidiar seus relatórios sobre a situação de quem pleiteava o empréstimo. A condicionalidade para empréstimos também deveria incluir uma nova racionalidade de gestão sobre os gestores e servidores públicos, incluindo principalmente métricas de gestão, bem como orçamentos públicos, sua prestação de contas e modos de elaborar e incidir sobre políticas públicas determinadas de maneira a promover uma boa governança. (SALLES, 2016, p. 112)

Conjuntamente com a UNAIDS, o Banco Mundial foi uma das instituições idealizadoras do “3 by 5”. Como afirma Kohlmorgen (2005, p. 130-36), de 2000 a 2005 o banco já disponibilizara cerca de US\$ 1 bilhão para programas de HIV/AIDS na África. O papel desempenhado pelo Banco Mundial não é importante apenas pela soma dispendida nos programas que financiou, mas também pelo seu “poder discursivo em influenciar a estratégia política e operacional no setor de saúde”, de modo que “a importância da atuação do banco remonta ao fato de que os países ricos dominam as políticas do Banco Mundial, enquanto países em desenvolvimento desempenham apenas um papel menor” (KOHLMORGEN, 2005, p. 136).

Nesse sentido, a estratégia do banco em relação à saúde pode ser visível em três grupos, conforme delineiam Mattos *et al.* (2001, p. 16): a) as políticas direcionadas para criar um ambiente em que a população e as famílias melhorem sua saúde de maneira geral; b) ações que pretendiam ampliar a concorrência e a diversificação no mercado de saúde e por fim; c) aquelas que difundiam uma visão mais austera sobre os critérios a serem tomados com as despesas direcionadas à saúde. Os autores também argumentam o que já fora estabelecido nos relatórios da instituição em 1987 e 1993 – uma economia de gastos para determinadas doenças, condenando a abordagem relativa à saúde em países em desenvolvimento: “A estratégia mais comum para os cuidados da saúde em países em desenvolvimento é considerar a saúde enquanto um direito adquirido e tentar prover serviços para todos os que necessitam, de maneira que esta abordagem geralmente não funciona” (WORLD BANK, 1987, p.3).²³

Com a Constituição de 1988. Em seu texto, na Seção II, por meio dos artigos de número 196 a 200, o Brasil incluiu as prerrogativas de acesso universal de saúde

²³ Conforme, aponta um relatório divulgado pelo Banco Mundial em 2013 e desenvolvido por Gragnolati, Lindelow e Couttolenc, “o SUS é, pelo menos no papel, mais generoso que a maior parte dos países desenvolvidos e ricos que regulamentaram e definiram uma lista de serviços cobertos” (GRAGNOLATI; LIDENLOW; COUTTOLENC, 2013, p. 48). Neste sentido, há indícios de que o Banco, ao menos do decênio de 2000-2010, continue com uma racionalidade pautada perante a eficiência dos recursos que são disponibilizados, de modo que um sistema de saúde eficiente, seria – como já visto – um sistema que priorizaria um cálculo de custo benefício perante suas ações e consequentemente aos financiamentos obtidos pelo banco. Em suma, neste período o Banco continua com a mesma visão desenvolvida durante o final da década de 80 e 90, contudo com um tom mais moderado. Visto que, conforme afirmam Rizzoto e Campos (2016, p. 274), “O SUS é um modelo que na perspectiva do Banco, não deve se expandir para outros países da América Latina e mesmo para o mundo, na medida em que garante, constitucionalmente o direito universal à saúde.” Os autores ainda atestam que o Banco prioriza estratégias de saúde mais brandas e que não possuam coberturas ilimitadas, pois por este modelo é possível passar a responsabilidade de saúde à entes privados.

e da criação do Sistema Único de Saúde, abrangendo todos os cidadãos, em todo o território brasileiro. É pensando nesse momento que analisaremos as ações vinculadas ao Banco Mundial relativas ao HIV/AIDS no Brasil, avançando assim nosso tema de análise.

3.3 O HIV/AIDS e a resposta do governo brasileiro

Em 1985, por meio da Portaria nº 236 do Ministério da Saúde, se estabelece o primeiro Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS) do Brasil. Além de tornar compulsória a notificação dos casos de HIV/AIDS em 1986, o Estado busca uma vigilância epidemiológica constante para controlar a população soropositiva por meio de cálculos e técnicas estatísticas além de um programa de reeducação, prevenção e assistência, tendo em vista que no período dentre 1982-1991 houve um total de 15.923 diagnósticos de HIV no Brasil (DATA-SUS). Assim, em 1992, se iniciam as negociações entre o Brasil e instituições multilaterais em busca de recursos financeiros (VIDAL *et al.*, 2009). Conforme afirmam Granjeiro *et al.* (2009, p. 87), os índices epidemiológicos do HIV no Brasil eram muitas vezes semelhantes à conjuntura que assolava a África Central. Greco e Simão (2007, p. 40) destacam que, segundo a projeção do Banco Mundial no início dos anos 2000, o Brasil atingiria em breve cerca de 1 milhão de infectados. O cálculo se mostrou equivocado, visto que pelo último levantamento feito pelo Ministério da Saúde, em 2020, o número total de indivíduos convivendo com o vírus segue em torno de 920 mil.

A reação brasileira de contenção do vírus contempla uma estratégia diferenciada. Em primeiro lugar ressalta-se a relevância dos programas conhecidos como: AIDS I, AIDS II, AIDS III e Aids-SUS (AIDS IV), todos elaborados em parceria com o Banco Mundial, resultando em um empréstimo total de 492 milhões de dólares durante a sua vigência – o primeiro aporte ocorreu em 1994, e em 2010 foi feito o investimento mais recente. A segunda medida foi a distribuição de medicamentos para o HIV/AIDS: desde 1991, o Brasil disponibiliza tratamentos

antirretrovirais gratuitos para a população soropositiva, e a Lei de nº 9.313/96 instituiu a obrigatoriedade do SUS de disponibilizar tratamentos para portadores do vírus (GALVÃO, 2000).

De acordo com relatório do Ministério da Saúde (1999, p. 10), há três momentos na epidemia nacional de HIV. O primeiro deles se restringia a conectar o HIV apenas ao infectado, de maneira que ações mais amplas de saúde não eram visadas. Esta primeira fase era caracterizada pela transmissão do vírus por meio de relações sexuais, principalmente entre homens que fazem sexo com homens, com um nível de renda e escolaridade alto e designando um “grupo de risco”. É por meio desta racionalidade sobre a doença que se dá o primeiro empréstimo do Banco Mundial ao Conselho Nacional DST/AIDS (CN DST/AIDS), realizada em 1994 e denominado de AIDS I. De acordo com o relatório do Banco Mundial (2004, p. ix), o projeto para o AIDS I contou com um financiamento de US\$ 250 milhões, sendo US\$ 190 milhões por meio de empréstimos realizados de maneira unilateral pelo Banco e US\$ 60 milhões em contrapartida do governo brasileiro correspondendo a cerca de um terço do total de gastos públicos relacionados à doença no Brasil durante o período do projeto (1994-1998). O foco estava principalmente em quatro eixos: “a) prevenção; b) diagnóstico, tratamento e assistência; c) vigilância, pesquisa, monitoramento e avaliação; e d) desenvolvimento institucional” (BANCO MUNDIAL, 1994, p. 1). Cabe destacar, como afirmam Mattos e Parker (2001, p. 18), que as iniciativas para a contenção do HIV/AIDS no Brasil são anteriores a qualquer empréstimo realizado pelo Banco Mundial; os setores-chave de sustentação foram a ampla comunidade acadêmica e de profissionais de saúde comprometidos em tomar medidas eficazes contra a doença, além de um suporte da sociedade civil, pautada em lideranças locais e ONGs. De maneira que, antes de ser realizado o acordo com o Banco, o Estado já iniciara a compra e a distribuição de medicamentos antirretrovirais com o intuito de melhorar a qualidade de vida de pacientes já diagnosticados com HIV/AIDS, sobretudo a zivodudina. De acordo com Parker (2000, p. 132), essa estratégia do governo brasileiro buscava um melhor controle epidemiológico, visto que para ter acesso ao remédio era necessário efetuar um cadastro do paciente junto ao SUS, que conseqüentemente seria

reportado de maneira adequada ao Programa Nacional de AIDS. É interessante frisar o caráter das tecnologias disciplinares e biopolíticas deste programa: disciplinar, pois submetia o indivíduo portador do vírus a uma série de questionamentos para a obtenção gratuita do medicamento; e biopolítica, pois se inseria na tentativa de criar uma base de dados e fazer certo gerenciamento populacional.

Interessante frisar que o gasto dispendido com o programa AIDS I não possui em seus cálculos o custo de compra e distribuição de medicamentos antirretrovirais, que começa a ser distribuído gratuitamente pelo SUS em 1991. O Banco se mostra claramente contra esta política, conforme podemos deduzir de seu relatório exposto em 1993 devido a “má alocação de recursos” e do relatório proposto em 1997, que atesta:

Uma racionalidade econômica para o envolvimento dos governos na prevenção do HIV se faz bastante direta: a prevenção é muito mais barata que o tratamento e evita a doença e consequentemente a morte, que é a causa final do vírus. Este argumento se torna particularmente importante nos muitos países de baixa renda, onde os governos continuam empenhados em sustentar cuidados de saúde financiados de maneira pública. Nesses países, o alto custo do tratamento da AIDS revela claramente a escassez de recursos[...]. À medida que o número de casos de AIDS e os custos de tratamento aumentam, fica dolorosamente evidente que o tratamento da AIDS está consumindo recursos públicos que poderiam ter sido usados para outras necessidades. (WORLD BANK, 1997, p. 38)

A mensagem do Banco (1997, p. 39) é clara: o governo não deveria subsidiar cuidados à saúde paliativa para uma doença que é sexualmente transmissível, pois há uma “racionalidade” que faria com que a doença não se alastrasse – fazendo com que o dispêndio com medicamentos antirretrovirais fosse considerado um erro de gestão. Para sustentar esta argumentação o Banco (1997, p. 40) se utiliza do exemplo da tuberculose e o extrapola para o HIV: “Se todos os mercados funcionarem perfeitamente, os governos não vão precisar se empenhar na luta contra essas doenças. Em vez disso, cada pessoa em risco de infecção pagaria uma parcela apropriada do custo de reduzir seu risco” (WORLD BANK, 1997, p. 40). Neste sentido, o Banco Mundial (p. 1997, 40) atesta que a melhor alternativa para os governos se dá pela prevenção do cidadão à exposição ao vírus. Esta é

claramente uma medida central aos programas de HIV/AIDS; contudo, o que fazer com os já infectados?

Na perspectiva de Lago e Costa (2007), é a partir desta pergunta que o Brasil inicia uma campanha de distribuição de zidovudina em 1991, causando uma série de constrangimentos perante o polo normativo das recomendações do Banco Mundial. A questão de propriedade intelectual sobre os medicamentos é o principal impasse brasileiro: nesse período, o maior entrave para a distribuição de medicamentos acontece pelo polo institucional, e não pelo tecnológico. Conforme afirmam os autores, o Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a disponibilizar para a sua população medicamentos antirretrovirais gratuitos, de modo que, dentre as benesses alcançadas pelo programa, se encontram: “(...) redução da mortalidade em 40% a 70%; entre 1997 e 2003; a diminuição da morbidade em mais de 60%; a economia de mais de 360.000 hospitalizações – indicando redução de 85% - e a estimativa de que 58.000 casos de AIDS foram evitados”. (LAGO; COSTA, 2007, p. 3531). Para além dos resultados positivos diante da doença, a distribuição de medicamentos antirretrovirais também causou uma quebra na dicotomia entre as dinâmicas de tratamento e prevenção, fazendo com que órgãos como a UNAIDS e a OMS pautassem a medida como um ativo central para o controle da epidemia.

Especificamente quanto à distribuição de antirretrovirais, Lago e Costa (2007, p. 3532) creem que apesar da alavancagem proporcionada pelos empréstimos do Banco, a política de antirretrovirais se justifica em um processo endógeno de tomada de decisões. O maior impasse para que o Brasil passasse a produzir o seu próprio medicamento se dava pelo acordo da Organização Mundial do Comércio (OMC) a que o país aderiu – o *Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights* (TRIPS), estipulado em 1994. Ele determinava a proteção de propriedades intelectuais em diversos âmbitos, incluindo nas patentes de novas drogas: caso houvesse rupturas, o Brasil poderia sofrer sanções econômicas perante os Estados signatários do acordo. A Lei de nº 9.279/96, ratificada durante o projeto AIDS I, resultou na dependência da compra de medicamentos de empresas detentoras da patente.

Conforme afirmam Mattos e Parker (2001, p. 18), o programa de distribuição de medicamentos se trata de uma inovação histórica no combate ao HIV/AIDS sendo até mesmo, como já apontado, estratégia de um programa de combate à AIDS nos países africanos. Apesar desta negação da política brasileira em acatar os relatórios do Banco Mundial que iam claramente contra a adoção desse dispositivo, em 1998 o Banco Mundial aprovaria outro empréstimo para o Brasil, na ordem de US\$ 165 milhões de dólares, de maneira que este montante fosse distribuído dentre os anos de vigência do programa, 1999-2003²⁴. (BRASIL, 2001, p. 7)

Na segunda fase, conforme indica o relatório sobre a Política Nacional de DST/AIDS (1997, p. 10), há uma expansão do programa, caracterizada principalmente por um incremento dos casos entre usuários de drogas injetáveis (UDIs) e pessoas que estabeleciam relações sexuais heterossexuais – sobretudo mulheres. Conforme afirma Galvão (2000 p. 188), o segundo programa foi elaborado por meio dos gestores do programa nacional de AIDS. Houve, contudo, uma grande consulta mobilizando governos estaduais e municipais, além de diversas representações de ONGs no preparo do documento. O programa também foi desenvolvido em uma outra conjuntura, visto que o primeiro, datado de 1992, não possuía ainda a experiência brasileira com medicamentos antirretrovirais. Ademais, outra questão fundamental a respeito do vírus era que, diferentemente do início da década de 1990, “(...) as pessoas são vistas não somente *como morrendo de, mas vivendo com HIV/AIDS*” (GALVÃO 2000, p, 191).

Apesar da mudança paradigmática sobre o uso dos antirretrovirais e do cenário apresentado no Brasil, o montante obtido por empréstimo pelo Banco Mundial ainda seria utilizado para dar prosseguimento aos esforços já endereçados no AIDS I. Dessa maneira, o projeto foi estruturado em três frentes: a) promoção da saúde, proteção aos direitos fundamentais das pessoas com HIV/AIDS e do uso indevido de drogas injetáveis; b) diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas com HIV/AIDS e, por fim; c) desenvolvimento de mecanismos institucionais e de

²⁴ Inicialmente o projeto fora construído com a deliberação inicial de recursos de 02/1999 a 12/2002; contudo, o projeto foi prorrogado até 08/2003.

gestão de projetos relacionados ao HIV/AIDS (BRASIL, 2001, p. 7). Na prática, houve uma maior descentralização dos recursos financeiros obtidos através do empréstimo, além de uma continuação nas medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento que se sucedem desde 1994. Outro fator preponderante no período é a ação do governo brasileiro da quebra de patentes dos medicamentos antirretrovirais em 2001, reduzindo o custo do insumo junto aos fornecedores do governo brasileiro. Quase ao final do acordo do AIDS II, e com referido sucesso às medidas de controle, gestão, prevenção e tratamento para refrear o contágio pelo vírus, o Banco Mundial decide continuar seus empréstimos ao Brasil e é firmado o acordo AIDS III.

Inserido em uma terceira etapa da epidemia de HIV/AIDS, o programa destaca a maneira pela qual a doença já atinge a população como um todo, incluindo mulheres e indivíduos situados em cidades mais afastadas dos grandes centros. Conforme afirma Fonseca (2007, p. 2135), o AIDS III é elaborado por meio de um novo arranjo institucional do PN-DST/AIDS. Previsto para ser cumprido entre 2004 e 2007, o programa conta com um empréstimo do Banco Mundial na cifra de US\$ 100 milhões de dólares, o mesmo montante investido pela contrapartida brasileira, de maneira que os recursos passam a ser transferidos para os “27 estados da Federação e para 424 dos mais de 5 mil municípios brasileiros”, respeitando a sistemática da legislação sobre o SUS, por meio da Portaria nº 2314 de 20 de dezembro de 2002, de modo que foi feita por parte dos estados e municípios a adoção do Plano de Ações e Metas (PAM), compactuando com a flexibilização de atuação e a heterogenia característica da realidade brasileira. Mais uma vez, os componentes do projeto se estabelecem por: a) melhoramento da qualidade e da cobertura da prevenção, tratamento e cuidados sobre a população, tendo como foco principal a prevenção em âmbito municipal; b) desenvolvimento científico e tecnológico, com o intuito de melhorar a pesquisa e desenvolvimento sobre a doença em solo brasileiro e por fim; c) estratégias de gestão e governança multiníveis, com o intuito de capacitar gestores municipais a desenvolver políticas eficazes sobre o fenômeno (WORLD BANK, 2005, p. 25). Neste sentido, no relatório do próprio Banco (2008 p. 50) é destacado que “o Projeto AIDS III fortaleceu a atuação do Programa Nacional de DST/AIDS, que hoje é reconhecido como uma

referência, tanto dentro do SUS como internacionalmente”. O programa, em suma, sustentou de forma clara a descentralização dos recursos para com a doença aos níveis locais, capacitando gestores. Outro fator crucial foi a mudança de paradigma sobre o HIV/AIDS: ao fim do programa havia um total de 504.425 mil (DATA-SUS) pacientes diagnosticados com o HIV, índice muito aquém da previsão do Banco Mundial.

Outro fator de relevância crítica para a análise é a estratégia de licença compulsória que determinou a quebra de patente do medicamento Efavirenz®²⁵, cuja patente pertencia ao laboratório estadunidense *Merck Sharp & Dohme*, durante o governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2007. Na prática, a medida representou uma redução de 72% no custo da droga, reduzindo o custo por unidade de US\$ 1,59 para US\$ 0,44, ao ser vendido por um laboratório indiano. De acordo com José Gomes Temporão, então Ministro da Saúde do governo, “O licenciamento compulsório que hoje é decretado faz parte de uma política de tornar os medicamentos acessíveis ao povo brasileiro”. Continua: “O laboratório detentor da patente não pratica preços adequados à realidade brasileira”. (G1, 04 de maio de 2007)

Lago e Costa (2007, p. 3535) afirmam que o licenciamento compulsório efetuado pelo Brasil em 2007 denota o pioneirismo do país em sua política sobre a doença, destacando a prevalência “(...) da saúde em detrimento dos interesses comerciais além de garantir a sustentabilidade da política de medicamentos para a Aids”, tornando-se líder entre países em desenvolvimento e sendo visto como um país que privilegia suas políticas domésticas à pressão externa. Conforme sustentam os autores, “(...) as grandes companhias e as entidades ligadas ao comércio internacional temem que tais iniciativas estimulem outras enfraquecendo a legislação patentária” (Ibid, p. 3535). A estratégia brasileira, além de ir contra as prerrogativas tanto da OMC quanto do Banco Mundial, foi tomada tendo em vista o

²⁵A licença compulsória de patentes é um ato que está previsto na constituição da OMC e do TRIPS. Contudo, a quebra pode acontecer apenas para abastecer o mercado interno e com cláusulas de regulação muito específicas. Sendo o Efavirenz®, o medicamento mais usado para os tratamentos antirretrovirais nesta época, houve também uma renovação da licença compulsória elaborada em 2012 por meio do Decreto nº 7.723 de 04 de maio de 2012, que prorrogava por mais cinco anos a licença do antirretroviral em solo nacional. (NOGUEIRA, 2013, p. 84)

interesse nacional em dar prosseguimento ao tratamento universal e gratuito para pacientes afetados pelo vírus do HIV. Entre os setores nacionais, sejam ONGs, grupos de apoio e burocratas concentrados desde o nível federal até o municipal, e que possuíam ligação na luta contra o HIV/AIDS, a medida foi vista como um certo consenso da capacidade brasileira de lidar com pressões externas de organismos multilaterais e reafirmar o seu compromisso com soropositivos que necessitam daquele tipo de droga para manterem-se vivos. (LAGO E COSTA, 2007)

Por fim, o Banco Mundial assina outro acordo de empréstimo com o Brasil relativo ao HIV/AIDS em âmbito nacional, denominado “Aids-SUS” ou AIDS IV, como parte do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde. O empréstimo do Banco é de US\$ 67 milhões, sendo contrapartida do Brasil um montante de US\$ 133 milhões. O projeto começou em 2010 e terminou em 2015; ainda assim, em 2014 houve uma renegociação que reduziu a participação do Banco Mundial para US\$ 42 milhões (WORLD BANK, 2016, p. 4-9).

Com o crescimento da doença nas populações de risco ocorridos na última década (UNAIDS, 2019), buscou-se um retorno às práticas adotadas no começo dos anos 1990. De acordo com o relatório, os objetivos do projeto são: a) aumentar o acesso aos tratamentos e prevenção na população de maior risco; b) aumentar a performance do Programa Nacional de HIV/AIDS por meio de uma “gestão baseada em recursos” e descentralizada. Portanto, o apoio do Banco se dá com o intuito de melhorar a vigilância e a prevenção, ainda sem contribuir com a compra dos medicamentos antirretrovirais. O programa normalizou e instituiu uma maior adesão geográfica do SUS, alcançando localidades que anteriormente não possuíam suporte de tratamento e prevenção eficiente aos soropositivos. O apoio do Banco Mundial também contribuiu no acesso a camisinhas, dobrou os números de testes para a identificação da doença e viabilizou plataformas de aconselhamento, além de incentivar o aumento da capacidade laboratorial. (WORLD BANK, p. 2016, p. 2)

Para além da iniciativa de distribuição de medicamentos antirretrovirais, o Brasil inicia em 2015 a disponibilização da Profilaxia Pós-Exposição (PEP), que consiste no uso de medicamentos antirretrovirais após um possível contato com o vírus do HIV. Em 2017, se dá o início da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP)

que se concentra em um uso preventivo de medicamentos para as populações-chave que, por conta de seu ofício ou de sua conduta individual estão suscetíveis ao contato com a doença. Apesar desses avanços, em 2019 há um grande retrocesso em termos da continuidade da PN – AIDS/DSTs e uma mudança na pasta que lida com o vírus. O departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais, passa ao Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Na prática, o HIV/AIDS passou a ser responsabilidade do mesmo departamento que trata de doenças como tuberculose, hanseníase. A mudança passa a vigorar sobre o Decreto nº 9795, e foi criticada por ONGs, especialistas e membros do governo (G1, 22 de maio de 2019). Para além disso, há um outro retrocesso manifesto pela atual ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, que delineia “políticas” de controle reprodutivo e de contenção da doença por meio da abstinência sexual. Essa medida, além de não possuir nenhum tipo de comprovação científica, pauta-se unicamente em um argumento de moralidade, representando um retrocesso às políticas anteriores, de eficácia comprovada.

Expostos estes pontos, o próximo tópico do presente capítulo versará sobre como se apresentam as tecnologias-administrativas para se lidar com o avanço de quadros de HIV/AIDS no Brasil, com o intuito de elucidar como se deu a construção da resposta política por um viés institucional, buscando estabelecer mecanismos de contenção para o avanço da doença por meio de ferramentas que visavam um respaldo burocrático e político para se lidar com o problema.

3.4 Tecnologias técnico-administrativas sobre o HIV/AIDS no PN-DST/AIDS

Em 2001, o Programa Nacional de DST/AIDS buscava uma reformulação. Desde 1993, a política sobre HIV/AIDS era regulamentada pela Portaria Nº 347 de 25 de março de 1993, instituindo Planos Operativos Anuais (POA), em que os entes federativos executavam medidas para frear o avanço da doença. As diretrizes e intenções dos projetos eram articulados e aprovados pelo Ministério da Saúde e com executivos do Banco Mundial (VILLARINHO, *et al*, 2013). Partindo de uma

busca por maior liberdade para a tomada de ações, iniciou-se uma discussão envolvendo as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, representantes da Organização da Sociedade Civil (OSC) e representantes colegiados ao SUS, buscando atender à demanda da sociedade com o intuito de fornecer novas formas de financiamento e de efetivação de ações e políticas ao problema do HIV/AIDS que ocasionasse em uma maior abrangência no atendimento dos casos de AIDS em território nacional. (BRASIL, 2006)

Em 2002, foi instituído o incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras IFTs, culminando na publicação da Portaria Nº 2313/02²⁶ que garantia financiamento de ações voltadas ao HIV/AIDS por meio de transações regulares e automáticas, com repasses do Fundo Nacional de Saúde aos fundos dos estados e municípios²⁷. Ainda no mesmo ano aprovou-se a Portaria GM/MS 2314, instituindo o incentivo para estados e municípios do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras IFTs, aprovando um plano de padronização para as ações referentes ao HIV/AIDS. Trata-se do Plano de Ações e Metas (PAM) que a partir do ano de 2012, passou a ser chamado de Programação Anual de Metas (PAM). Constituindo-se em um sistema informatizado para a programação de ações e planejamento das atividades, ambos os programas eram elaborados por estados e municípios com o intuito de catalogar e demonstrar as ações realizadas no enfrentamento ao HIV/AIDS. (EGRES, 2015; VIEIRA 2018).

Conforme aponta o relatório de Orientações sobre o Sistema de Monitoramento da Política de Incentivo (BRASIL, 2006, p. 8), a partir de 2003 houve uma intensa mobilização das secretarias estaduais e municipais, além de órgãos federativos, para definir métricas e mecanismos de avaliação para o PAM. Após dois meses de reuniões envolvendo o Fundo Nacional de Saúde, Banco Mundial, *Center for Disease and Control* e membros da Universidade de Tulane (EUA), bem

²⁶ Interessante mencionar como destaca Vieira (2018) que a política de Incentivos para IFTs não se tratava de uma política única e exclusiva para o tratamento, prevenção, controle e monitoramento do HIV/AIDS. O repasse também era efetuado a ações programáticas de saúde, saúde da família e vigilância sanitária, de maneira a ressaltar as ações mais efetivas de maneira horizontal e garantir a saúde enquanto um dever do Estado.

²⁷ As transferências fundo-a-fundo se caracterizam por serem recursos financeiros provenientes do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais responsáveis pela gestão de atividades e também pela gestão financeira das ações e políticas em saúde, com o intuito de financiar programas ou realizar o pagamento à fornecedores e prestadores de bens e serviços que estejam sob a tutela do SUS.

como as Unidades Técnicas do Programa Nacional de DST/AIDS, o desenho inicial do projeto foi estabelecido para posteriormente passar por uma consulta pública online no sítio eletrônico do PN-DST/AIDS. As sugestões dos usuários, foram “analisadas e levadas em consideração na elaboração deste documento final” (BRASIL, 2006, p. 8). Após essa etapa, o projeto passou pelo crivo da Secretaria da Vigilância em Saúde, incluindo participantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Acordado, o projeto foi homologado no Diário Oficial da União por meio da Portaria GM/MS 1679 de 2004, que instituiu métricas de avaliação para o PAM. (BRASIL, 2006)

Para a captação de recursos, exigia-se dos estados e municípios requerentes cumprir certas regras, como possuir recurso próprio ao enfrentamento da doença, de modo que o incentivo fosse um aporte adicional e não a única fonte de renda para a elaboração de ações contra o HIV/AIDS. Assim, o manual de monitoramento indicava que as definições de metas firmadas pelos estados e municípios deveriam ser específicas, realistas e mensuráveis. Deveriam deter as seguintes características: a) ser específica, de modo que seja possível identificar ações e eventos concretos para a execução do plano estabelecido; b) ser passível de mensuração, permitindo que recursos e atividades possam ser contabilizadas; c) possuir um caráter de apropriabilidade, de modo que seja passível relacionar o problema com os efeitos que visam ser enfrentados, melhorados ou modificados; d) ser realista, de modo que os recursos disponíveis coadunem com o plano que visa ser implementando e, por fim; e) possuir temporalidade, indicando um limite ou um prazo para que a ação seja realizada.

Combinados os cinco fatores acima, toda ação seria concebida como uma meta SMART (BRASIL, 2006, p. 12). Estas podem ser categorizadas em três gêneros: a) Metas SMART de Produto; b) Metas SMART de Resultado; c) Metas SMART de Impacto. A primeira delas diz respeito à quantificação e aos efeitos imediatos das atividades realizadas, buscando um objetivo maior: devem, portanto, possuir uma relação de causa-efeito. Os exemplos são sempre de caráter quantitativo: número de preservativos a distribuir, número de consultas a realizar,

número de aconselhamentos realizados com pacientes soropositivos e assim por diante.

A segunda se dedica a mensurar resultados diante da população-chave, de modo que direta ou indiretamente possui um caráter de regulação na conduta da população. Um exemplo de uma meta de resultados seria identificar se a população utilizou – e em quais circunstâncias – os preservativos distribuídos por órgãos ou instituições competentes.

Por fim, as metas de impacto são uma mudança significativa e devem ser visíveis por meio de indicadores epidemiológicos. Consequentemente, resultados esperados de diversos programas e ações podem se mesclar em apenas um objetivo: ao verificar-se tendência de queda na incidência de transmissão vertical de HIV, isto não ocorre apenas por uma política específica, mas sim pelo conjunto das ações tomadas por um órgão ou instituição competente. O relatório frisa que tais tipos de medição possuem alto nível de complexidade; é possível, contudo, utilizar ações, metas e objetivos específicos a fim de alcançar um resultado de impacto. (BRASIL, 2006).

Outro ponto importante é a categorização por áreas que o PAM atinge. São quatro:

- a) Promoção, Prevenção e Proteção: as orientações para esta área priorizam insumos estratégicos de prevenção, ações específicas para segmentos mais vulneráveis, qualificação da prevenção em serviços e os Planos Estratégicos direcionados ao enfrentamento da epidemia entre populações específicas.
- b) Diagnóstico, Tratamento e Assistência: As orientações para esta área priorizam: a melhoria do cuidado e da qualidade de vida das PVHA com foco no fortalecimento da rede de atenção e linhas de cuidado para as DST, AIDS e hepatites virais.
- c) Gestão, Desenvolvimento Humano e Institucional de Pesquisa: Esta área trata dos processos relacionados ao desenvolvimento da capacidade institucional para o desempenho das responsabilidades governamentais, de acordo com o nível de gestão a que se refere.
- d) Interface e Parcerias com OSC: O apoio técnico e financeiro aos projetos deve ter como objetivo melhorar a capacidade de resposta das OSC à epidemia, bem como o controle social e sustentabilidade das organizações da sociedade civil. (BRASIL, 2013, p. 5-22)

Conforme afirma Egres (2015), as Secretarias de Saúde que receberam o incentivo deveriam programar, cadastrar e direcionar os recursos do PAM, a fim de que a partir de 2011 se atingissem metas previamente estabelecidas por meio do Projeto AIDS-SUS para manter o financiamento dos incentivos.

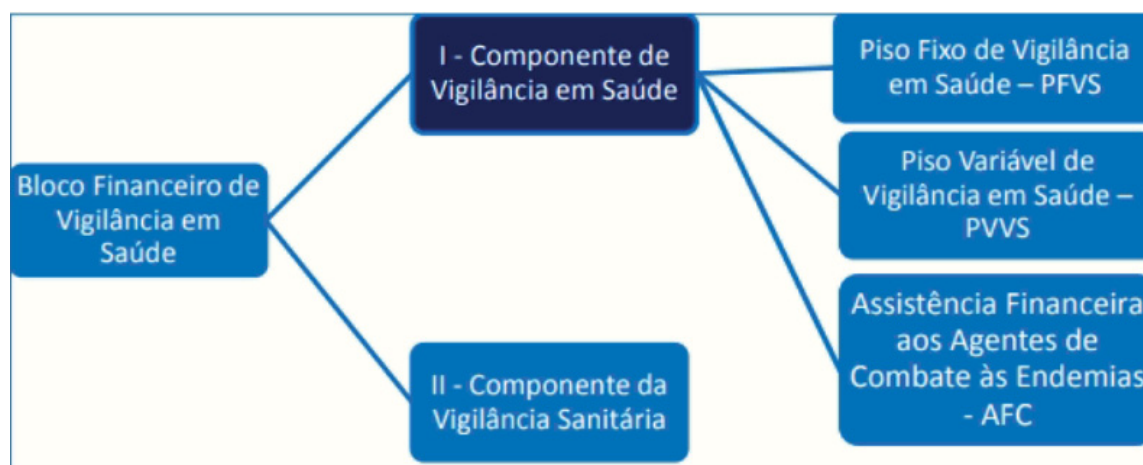
Como ressalta Vieira (2018), é por meio da Portaria GM/MS 1.378, de 2013, que o Ministério da Saúde revoga a Portaria GM/MS 2.313, de 2002, ocasionando uma ruptura com as regras que pautavam a distribuição dos incentivos pela Portaria GM/MS 3.276, de 2013. Desta maneira, as ações de vigilância, prevenção e controle de IFTs/AIDS passam agora a ser regradas por novos critérios gerais e novas formas de financiamento do incentivo do governo federal. Segundo Egres (2015), por meio desta portaria destacam-se as pactuações realizadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB)²⁸. A Portaria GM/MS 3.276, de 2013, destaca por sua vez que para habilitar-se para o recebimento de recursos financeiros a CIB deverá observar condições como: a) carga da doença; b) Município de Região Metropolitana; c) Município referência de Região de Saúde; d) Município cuja população seja superior a 100.000 habitantes. Além disso, certas informações deveriam constar no relatório relativo ao pedido de incentivo: número de casos de AIDS; número de casos de Hepatite B e C e também o número de casos de nascidos com Sífilis Congênita. (BRASIL, 2013)

Contudo, apesar de manter o repasse dos incentivos por meio da modalidade fundo a fundo, as medidas alteraram drasticamente o monitoramento das ações e políticas de saúde desenvolvidas por estados e municípios. Conforme visto por meio da Portaria GM/MS 2314 de 2002, um dos requisitos centrais para a efetivação da transferência dos incentivos era a elaboração do Plano de Ações e Metas, cumprindo os requisitos exposto pela Portaria GM/MS 1679 de 2002. Após a publicação do texto legal 3.276/2013, a inclusão das ações, métricas, objetivos e planos estratégicos deixou de ser obrigatoriedade do PAM e passou a ser promulgada por meio da Programação Anual da Saúde (PAS).

²⁸ A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) se constitui enquanto um espaço de articulação e interlocução entre gestores municipais e estaduais, com o intuito de orientar, regular e avaliar processos, além de um espaço de discussão sobre a operacionalização do SUS, levando em conta o porte dos municípios para realizar a alocação de recursos. Ao que tange o estado do Paraná, a Comissão Intergestores Bipartite – CIB/ PR foi instituída pela Resolução n.º 020, de 23 de agosto de 1999.

Além disso, Vieira (2018) ressalta que a partir de julho de 2013, com a publicação da Portaria GM/MS 1.378, houve mudanças que se desdobraram na simplificação e na redução dos incentivos previstos para o Componente de Vigilância em Saúde²⁹ e Componente de Vigilância Sanitária³⁰ do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde (BFVS). As mudanças ocorreram por conta de impasses e dificuldades de gestão e financiamento pelas Secretárias Estaduais de Saúde e nos núcleos municipais. A figura 01 ilustra o fluxograma dos blocos e componentes de Vigilância em Saúde:

FIGURA 1 - BLOCO FINANCEIRO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SEUS COMPONENTES, COM BASE NA PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO GM/MS 6, DE 2017



FONTE: BRASIL, 2017a; VIEIRA, p. 37, 2018.

Vieira (2018) destaca que a aplicação de recursos dos Componentes de Vigilância em Saúde possui uma relação imediata com as responsabilidades dos estados e municípios. Concebeu-se, assim, o Piso Fixo de Vigilância em Saúde

²⁹ O Componente de Vigilância em Saúde (CVS) se estabelece enquanto um órgão de repasse dos recursos federais destinados às ações de vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos e dos seus fatores de risco a promoção da saúde, no qual, também se apresenta os incentivos às ações de vigilância, controle e prevenção de DST/AIDS.

³⁰ O Componente de Vigilância Sanitária (CVS), refere-se à recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária destinados a estados e municípios, visando um processo de descentralização de execução de ações de vigilância sanitária e para a qualificação de análises laboratoriais.

(PFVS³¹), o Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS³²) e a Assistência Financeira aos Agentes de Combate às Endemias (AFC)³³. O PVVS constituía uma alíquota financeira repassada aos estados e municípios com o intuito de: a) oferecer incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública; b) promover incentivo às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e hepatites virais; c) promover um Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2017a; VIEIRA 2018).

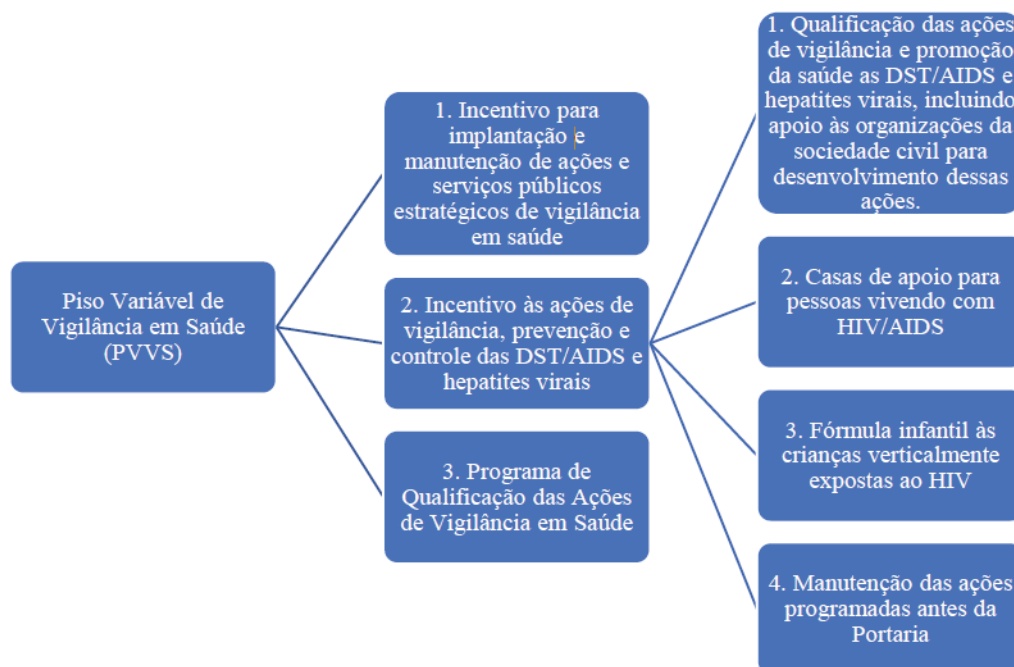
Conforme aponta Vieira (2018), é por meio do Art. 439 da Portaria Consolidada GM/MS 6/2017 que o documento expressa a centralização dos incentivos para: a) qualificação das Ações de Vigilância e Promoção da Saúde as DST/AIDS e hepatites virais; b) Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS; e Fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV e c) apoio às ações já programadas no âmbito das DST/AIDS, concebendo em seu parágrafo único a garantia de manutenção dos projetos, ações e organizações da sociedade civil para a promoção de ações à indivíduos vivendo com HIV/AIDS. Em seguida, o autor elabora um fluxograma dos incentivos para as ações de vigilância e controle de IFTs baseado na Portaria de Consolidação GM/MS 6, de 2017:

³¹ De acordo com as orientações gerais sobre o financiamento em Vigilância em Saúde (2017a), o Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) é destinado à execução de ações de vigilância em saúde, de maneira que se compreenda a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; vigilância de agravos não transmissíveis e de seus potenciais fatores de risco; a vigilância de riscos ambientais em saúde; gestão da informação e áreas de promoção em saúde. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/17/Orientacoes-sobre-os-recursos-transferidos-no-Bloco-de-Vigilancia-em-Saude.pdf>. Acesso em: 11/12/2020

³² O Piso Variável em Saúde (PVVS) possui ligação direta com os incentivos para HIV/AIDS, de maneira que estão descritos três incentivos financeiros em sua especificidade, recebidos mediante adesão aos entes federativos, tais quais: Incentivo financeiro para a implementação e manutenção de ações e serviços de vigilância em saúde; incentivo às ações de vigilância, prevenção e controle de DST/Aids e o Programa de Qualificações das Ações de Vigilância em saúde (BRASIL, 2017a). Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/17/Orientacoes-sobre-os-recursos-transferidos-no-Bloco-de-Vigilancia-em-Saude.pdf>. Acesso em: 11/12/2020.

³³ Este ponto foge do escopo do trabalho e não será abordado no texto.

FIGURA 2 - FLUXOGRAMA DOS INCENTIVOS PARA AÇÕES DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE IFTs, HIV/AIDS, CONFORME DESCRITO PELA PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO GM/MS 6, DE 2017



FONTE: VIEIRA, p. 38, 2018.

É com o advento das alterações propostas pela Portaria GM/MS 1.378, de 2013, e posteriormente pela Portaria de Consolidação GM/MS 6 de 2017, que se assenta o ponto facultativo na política de HIV/AIDS nacional. Isto impactará, consequentemente, no planejamento, na agenda e em sua consolidação no âmbito das cidades. Secretarias eram obrigadas a preencher e tabular suas ações por meio de uma plataforma online do PAM para obter recursos, resultando em uma monitoração constante de suas métricas e ações.

Por meio do Art. 33 da Portaria GM/SM 1.378 de 2013, apresentado pela Portaria GM/MS 1.955 de 2015, foi estabelecido que a manutenção dos repasses estaria condicionada à alimentação regular do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM). O repasse seria bloqueado caso não houvesse atualização do sistema por dois meses consecutivos. (VIEIRA, 2018)

Houve, no entanto, uma flexibilização das normas para a manutenção dos incentivos propostos pelo PN-DST/AIDS. Como já mencionado, era imprescindível a elaboração de um PAM com minuciosa explicação sobre as metas e objetivos a serem alcançados. O PAM, então, deveria estabelecer ações de enfrentamento a doença e seus agravos por meio de uma metodologia específica, e para isso houve regulação a partir de indicadores e quatro eixos principais. Há, portanto, uma fuga do modelo disciplinar que regia as ações e objetivos que guiavam as políticas públicas e ações das Secretarias Estaduais e Municipais. Por outro lado, marca o início de um vácuo nas medidas de controle, monitoramento e prevenção de ações para com a população soropositiva, pois esvaziavam-se métricas, ações e objetivos planejados em sua capilaridade. Assim, surgia a possibilidade do PN-DST/AIDS se ancorar apenas em preceitos de boas práticas, visto que a única exigência era a tabulação e medição de dados estatísticos por meio de bases de dados epidemiológicos.

A partir do Decreto Nº 9.795, de 17 de maio de 2019, houve uma reestruturação estrutural do departamento que promove o enfrentamento à doença. Anteriormente chamado de “Departamento de IFTs Aids e Hepatites Virais”, passou a se chamar “Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis”. Na prática, doenças oportunistas como tuberculose passaram a ser atendidas pela pasta que historicamente fora responsável pela estratégia de combate ao HIV/AIDS, o que foi alvo de críticas por diversas ONGs.

A estratégia da cidade de Curitiba de enfrentamento ao HIV/AIDS, apesar de possuir algumas peculiaridades, era normatizada e regulada por meio destes mecanismos de controle do governo federal, de maneira que se torna inviável discorrermos sobre ações, metas e políticas específicas do município sem o aporte desta regulamentação jurídica, que ainda se encontra em vigor. Esclarecido o modo de atuação do PN-DST/AIDS em âmbito local, resta agora adentrarmos com mais detalhes e com a profundidade necessária nas ações, metas e políticas públicas sobre DST/AIDS no município entre o período de 2001-2020.

3.5 Considerações Finais do capítulo

A intenção deste capítulo fora fazer um breve histórico do HIV/AIDS, em conjunto com tópicos que se mostram fundamentais para o prosseguimento do trabalho. Desta maneira, iniciamos o capítulo elucidando de que maneira a concepção sobre o HIV/AIDS foi incorporada pela comunidade científica e médica enquanto um termo pejorativo, além de uma doença relegada apenas a população que de alguma maneira eram vistas como desviantes perante a sociedade. Para alcançarmos este objetivo, foi necessário, adentrar tanto no prisma internacional, sobretudo ao que tange duas instituições específicas: o Banco Mundial e a UNAIDS.

Neste sentido, começamos o capítulo tratando sobre a emergência da doença em 1981 para, posteriormente, discutirmos como se deu a construção do saber científico perante o HIV/AIDS. Como fora demonstrado, a construção do HIV/AIDS apresenta em sua gênese uma série de conotações premeditadas e sem fundamentos que ainda são refletidos 40 anos após a primeira constatação do vírus. Isto se torna relevante, pois fora um estigma construído e estabelecido por meio de discursos e práticas oriundos da comunidade científica, governos e, sobretudo, por meio de uma narrativa midiática.

Posteriormente, recaímos sobre a atuação do Banco Mundial e da UNAIDS no enfrentamento a doença, denotando o *modus operandi* de ambas as instituições e demonstrando de que maneira desempenham seus papéis no que tange o enfrentamento do HIV/AIDS. Sobretudo, no que se refere tange à oferta de recursos financeiros para se lidar com a doença, à construção de uma expertise própria com o intuito de guiar e modelar práticas nacionais e globais, com base em uma multiplicidade de relatórios elaborados por estas instituições, apresentando os principais pontos de conflito entre a racionalidade proposta pelo Banco Mundial e a alternativa brasileira que, além de eficaz, se mostrou inovadora por quebrar a dicotomia entre a prevenção e o tratamento da doença.

4. CURITIBA E SUAS AÇÕES DE ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS.

O primeiro caso diagnosticado de HIV em Curitiba ocorreu em 1984 (DATA-SUS), conforme aponta o relatório epidemiológico de Curitiba (2020, p. 8). Desde o início da epidemia de HIV/AIDS até setembro de 2020 foram notificados ao Sistema Nacional de Atendimento Médico (SINAN) e declarados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) 13.182 casos de AIDS, deste universo 9.253 homens e 3.929 mulheres, além de 7.736 notificações de infecções pelo HIV, sendo 5.734 homens e 2.002 mulheres. Neste sentido, a cidade adota os modelos de gestão sobre pacientes com HIV/AIDS sistematizado pelo SUS e notificados de maneira retroativa em seus relatórios. De modo que o ano com mais notificações sobre a doença é 2015, estabelecendo um quadro de 1.305 notificações de HIV/AIDS.

A cidade é considerada “cidade-modelo” em âmbito nacional e internacional. Neste sentido, a cidade se sustenta por meio de inúmeros prêmios outorgados em diversas áreas de atuação. No que refere ao HIV/AIDS, como veremos ao longo do capítulo, além de possuir premiações e participar de fóruns de discussões nacionais e internacionais, a cidade também possui a capacidade de fomentar políticas, por meio de suas “boas-práticas” e por meio de modelagens institucionais. Neste sentido, é preponderante analisarmos com mais cautela o modelo de atuação curitibano no enfrentamento ao HIV/AIDS de maneira sistemática e minuciosa. A intenção deste capítulo é delinear as práticas, ações e metas relativas ao HIV/AIDS na Cidade de Curitiba por meio de relatórios elaborados pela própria Secretaria Municipal de Saúde. Assim, será possível obter um panorama geral das ações tomadas pela cidade no enfrentamento à doença. O capítulo é essencialmente dividido em três seções: a primeira parte, trata da caracterização do município *per se* e de seus equipamentos de saúde. A segunda propõe um breve histórico das ações da Secretaria de Saúde como um todo, a fim de ilustrar ao leitor a abrangência dos serviços de saúde oferecidos pela cidade. Por fim, retomamos nossa atenção às ações desenvolvidas por Curitiba para o enfrentamento do HIV/AIDS; nela, elencamos as ações, metas e orçamentos da cidade de 2001-2020,

com o intuito de estabelecer conexões com o capítulo anterior e situar a problemática do HIV na cidade.

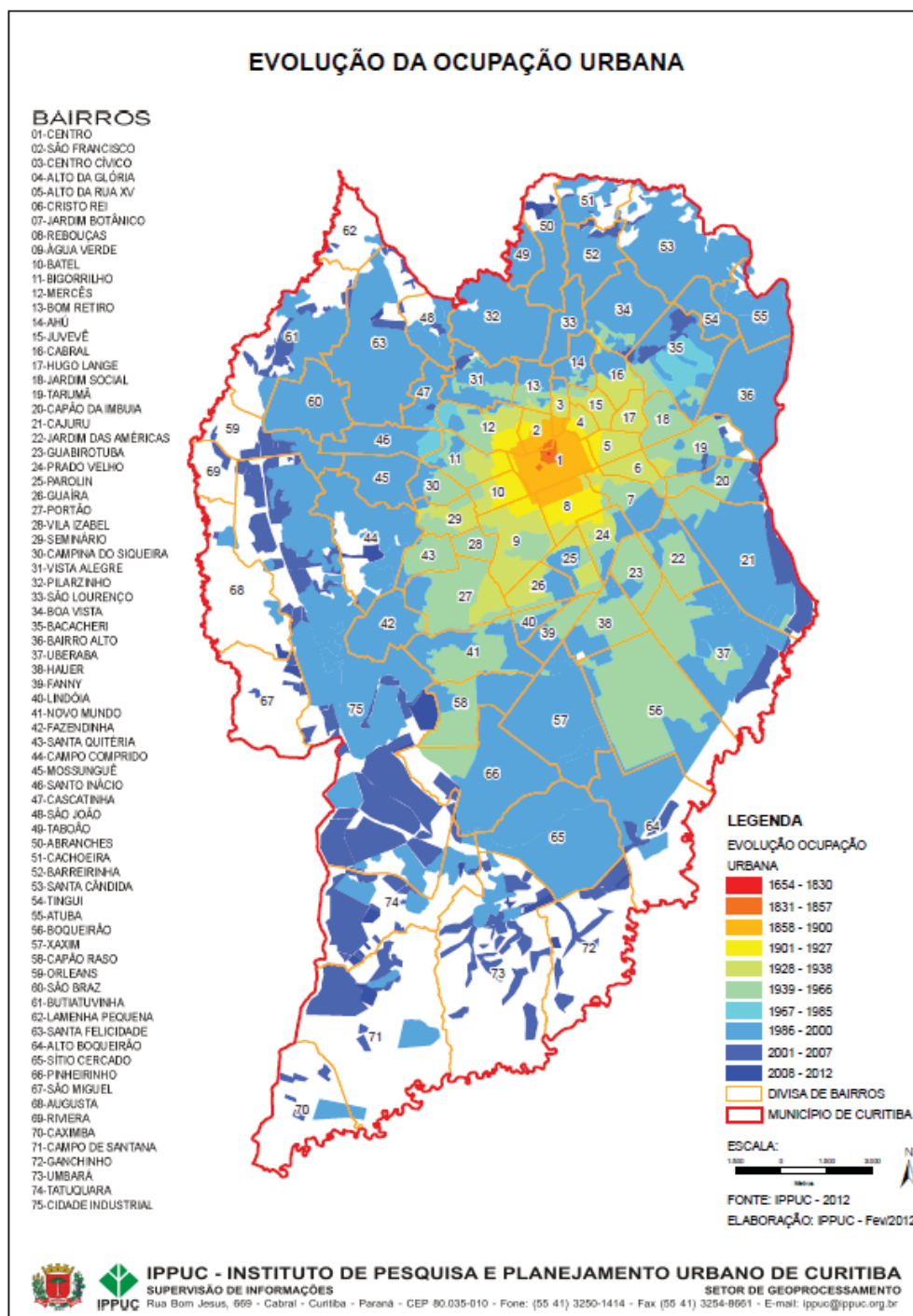
4.1 A caracterização do Município de Curitiba e seu sistema de saúde.

Na perspectiva de Sanchez (2001), Lima (2004) e Massuda (2014), a cidade de Curitiba é um modelo internacional bem-sucedido em temáticas relacionadas à gestão urbana, economia, qualidade de vida e sustentabilidade, aliando práticas inovadoras de gestão e desenvolvimento para lidar com efeitos de um crescimento urbano acentuado. A cidade está em posição privilegiada, recebendo investimentos e iniciativas inovadoras, além de também promover iniciativas que aumentam sua visibilidade no cenário internacional³⁴, impactando o desenvolvimento da cidade.

Conforme aponta Souza (2001), o desenvolvimento de Curitiba apresenta um acelerado grau de crescimento a partir do fluxo migratório de cidadãos europeus no final do século XIX e início do século XX. A partir da década de 1950, a cidade passou a receber indivíduos advindos das áreas rurais do estado do Paraná, resultando em um intenso grau de industrialização e desenvolvimento da capital e acentuando o processo de urbanização, conjuntamente com sua região metropolitana. De acordo com Lima e Mendonça (2001), a partir da década de 1970, quando o plano Diretor de Curitiba passou a ser executado, houve uma expansão maciça nas áreas de ocupação urbana na cidade, além de um crescimento que provém da área central e se expande para as periferias, se acentuando a partir da década de 1980 e atingindo zonas na extremidade periférica da cidade a partir dos anos 2000. Esse fenômeno pode ser verificado na imagem da evolução da ocupação urbana até 2012 do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC) abaixo:

³⁴ A cidade é frequentemente indicada e ganhadora de prêmios de relevância nacional e internacional. Em uma exposição no sítio eletrônico da Secretária de Turismo da cidade, entre 2001 e 2020, somente ao que consta indicações, prêmios e destaques da cidade que são relevantes a investidores e turistas, Curitiba alcançou a marca de mais de 100 prêmios e indicações de maneira combinada.³⁴

FIGURA 3 - EVOLUÇÃO DA OCUPAÇÃO URBANA DE CURITIBA ENTRE 1654-2012.



FONTE: IPPUC, 2012

Outro fator importante é a primeira caracterização da Região Metropolitana de Curitiba (RMC) originada a partir da criação da Lei Complementar Federal nº 14/73.

Compreendia 14 municípios: Curitiba, Almirante Tamandaré, Araucária, Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Campina Grande do Sul, Campo Largo, Colombo, Contenda, Mandirituba, Piraquara, Quatro Barras, Rio Branco do Sul e São José dos Pinhais. Após diversas transformações, e com o advento da Lei Estadual nº 139/2011, a RMC passou a ser composta pelos quatorze municípios já citados e ainda: Cerro Azul, Dr. Ulysses, Itaperuçu, Fazenda Rio Grande, Quitandinha, Tijucas do Sul, Tunas do Paraná, Adrianópolis, Campo Magro, Agudos do Sul, Campo Tenente, Piên e Rio Negro, totalizando 29 municípios com uma população total de 3.654.960 indivíduos em 2020. O número estimado de habitantes apenas na capital é de 1.948.646 indivíduos (IBGE 2020).

Para além de seus aspectos demográficos, Curitiba é uma cidade-modelo por suas instituições, tecnologias e aparatos do sistema público de saúde. A cidade conta com 332 equipamentos de saúde, distribuídos entre dez regionais: Bairro Novo, Boa Vista, Boqueirão, Cajuru, CIC, Matriz, Pinheirinho, Portão, Santa Felicidade e Tatuquara. Dispõe de 58 Unidades de Saúde com a Estratégia de Saúde da Família; 53 Unidades de Saúde; 2 unidades de especialidades; 9 Unidades de Pronto atendimento; 13 Centros de Apoio Psicossocial – CAPS; 6 Centros de Especialidades: Mãe Curitibana; 3 Centros de Especialidades Odontológicas; 2 Centros de Orientação e Atendimento aos portadores de HIV/AIDS – COA/e-Coa; 108 Clínicas Odontológicas (Integradas às Unidades de Saúde); 2 Hospitais Municipais; um Laboratório de Análises Clínicas; uma Central de Vacinas; 5 Residências Terapêuticas; um Centro de Zoonoses e 68 Espaços de Saúde (anexos às Unidades de Saúde)³⁵. Além disto, possui uma frota de 30 ambulâncias de emergência para pronto atendimento³⁶ e quatro consultórios de rua (CURITIBA, 2018). Ademais, a Secretaria de Saúde de Curitiba (SMSC) possui contratos com prestadores de serviços, clínicas especializadas, hospitais e serviços de apoio

³⁵ Informações atualizadas de Massuda (2014) e retiradas do sítio eletrônico da SMSC. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/rede-de-atencao.html>. Acesso em: 06/12/2020.

³⁶ Informações obtidas no portal institucional da Prefeitura Municipal de Curitiba. Disponível em: <https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/curitiba-tem-a-maior-renovacao-da-frota-do-samu-da-historia/51551#:~:text=A%20frota%20operacional%20do%20Samu,frota%20reserva%20e%20um%20helic%C3%B3ptero>. Acesso em: 04/01/2021.

Conforme Massuda (2014), além destes equipamentos, a Secretaria de Saúde de Curitiba é responsável pela coordenação e marcação de exames de especialidades. Responde também pela Vigilância em Saúde, que por sua vez é coordenada pelos Centros de Saúde Ambiental e pelo Centro de Epidemiologia. Ambos os órgãos são responsáveis pelo controle das morbidades, mortalidades e surtos epidêmicos, além da vigilância sobre questões relativas ao meio ambiente e sanitárias.

4.1.1 Histórico da construção do Sistema de Saúde de Curitiba

Massuda (2014) relata que o município de Curitiba iniciou suas ações voltadas para alicerçar uma estrutura de Saúde Pública em meados dos anos 1960. Em 1963, houve a criação do Departamento de Educação, Recreação Orientada e Saúde, de maneira que logo em 1964, atuando com uma equipe formada por um médico, um engenheiro sanitário e auxiliares, a divisão foi responsável por inaugurar no ano subsequente a 1ª Unidade Sanitária no bairro do Cajuru. Ainda nesta década, iniciou-se um programa para o atendimento odontológico em cinco escolas da Rede Municipal de educação, e inaugurou-se a Unidade de Sanitária do Pilarzinho (CURITIBA, 2018).

Na década de 1970, influenciada pela ocupação urbana da cidade, a rede municipal continuou sua expansão: ao final da década, a rede municipal contava com 10 Unidades Sanitárias e 13 consultórios odontológicos. Já em 1979, o município cria o Departamento de Desenvolvimento Social e passa a seguir as orientações sobre Cuidados Primários em Saúde, conferência realizada na cidade de Alma Ata, no Cazaquistão, e assim se firma a implementação da Atenção Primária à Saúde (CURITIBA, 2018; MASSUDA, 2014).

Na década de 1980 implementou-se áreas sanitárias, definindo zonas de abrangência geográfica. Assim, os auxiliares que compunham essas redes eram selecionados para atuar como agentes de saúde (CURITIBA, 2008). Este modelo prioriza a atenção e imunização comunitária, educação em saúde e atendimentos programados. Já em 1985, a cidade adere às Ações Integradas de Saúde,

viabilizando um maior aporte financeiro por meio de recursos da federação, o que culmina na expansão da rede com a construção de 14 Centros de Saúde e 3 Clínicas Odontológicas. Em 1986, por meio da Lei Municipal nº 6.817/1986 há a criação institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, conjuntamente com a ampliação para um total de 42 equipamentos (CURITIBA; MASSUDA, 2014). No próximo ano, inicia-se a estruturação das ações epidemiológicas na cidade e, em 1989, publica-se o primeiro Boletim Epidemiológico do município. Há também a compra de duas ambulâncias e um incremento de 45 equipamentos, contabilizando 53 Centros de Saúde e 34 Clínicas Odontológicas.

Em 1986 ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde, um aparato norteador para os princípios do Sistema Único de Saúde. A partir da Constituição Federal em 1988, são concebidas três referências para o sistema de saúde brasileiro: o conceito ampliado de saúde, a saúde como um dever do Estado e, por fim, a constituição do SUS. Garbois *et al.* (2008, p. 39) destacam que “(...) a incorporação do conceito ampliado de saúde na Constituição Nacional de 1988, constitui do ponto de vista jurídico-legal, a possibilidade de legitimar que a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, abrangendo horizontalmente a população como um todo e concebendo um vínculo harmônico entre os serviços prestados no âmbito da saúde pública e o caráter abstrato de pertencimento a um pacto social em que a saúde se torna um dever do Estado e um direito do cidadão.

De acordo com Massuda (2014), Curitiba responde rápido aos requisitos do SUS, e logo no início da década de 1990 há a 1ª Conferência Municipal de Saúde, concomitantemente com a criação do Conselho Municipal de Saúde. Houve por meio deste mesmo conselho um debate em suas vias locais, distritais e municipais, além da institucionalização das Conferências de Saúde, incluindo usuários, prestadores de serviços, gestores e profissionais que atuavam *in loco*.

Ao longo dos anos 1990, a SMSC demonstrou avanços institucionais em promover um desacoplamento e descentralização dos serviços oferecidos. Desta forma, há a criação de 7 Núcleos Regionais de Saúde, além da criação dos departamentos de Saúde Ambiental, Epidemiologia em Saúde, Planejamento em Saúde e Assistência à Saúde, além de promover a municipalização de setores

importantes, como a Vigilância Sanitária e a Vigilância Epidemiológica. Outro ponto importante dessa década é a inauguração do Laboratório Municipal de Análises Clínicas. Também houve uma parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) na implementação do Programa Saúde da Família³⁷, incluindo atividade e oficinas de territorialização. Em 6 de julho de 1997, foi inaugurado o Centro Médico Bairro Novo, o primeiro hospital público municipal de Curitiba (CURITIBA, 2018).

Nos anos 1990 foi efetuada uma gama de mudanças técnico-administrativas por meio da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 96), culminando na Gestão Plena Municipal em 1998 para o sistema de saúde. Garantiu-se assim o recebimento de repasses financeiros fundo a fundo, de maneira que a SMSC passou a ser responsável pelos processos de regulação ambulatorial e hospitalar e pela gerência de convênios e contratos de prestadores de serviços. Por conta disto houve a criação de um sistema próprio de auditoria, perante a Lei Municipal 8962/96, e também a criação da Central para a Marcação de Consultas Especializadas. Em paralelo, foi criada a Central Metropolitana de Leitos (MASSUDA, 2014). Em 1998, Curitiba já contava com 98 Unidades de Saúde, e nesse ano foi criado o Distrito Sanitário do Bairro Novo.

Ainda de acordo com Massuda (2014), outra iniciativa relevante é o sistema de informações da SMSC, um processo de informatização da rede de computadores do sistema, que modernizou processos técnico-administrativos. O sistema de informações também possibilita um prontuário eletrônico, fornece informações em tempo real para gestores e profissionais da área e permite uma tomada de decisão mais rápida dos processos de saúde em sua capilaridade. Há também a criação de relatórios gerenciais com o intuito de facilitar a busca por informações e iniciativas dos gestores. Em 1999 é inaugurada a Unidade de Atenção ao Idoso Ouvidor

³⁷ A estratégia do Programa Saúde na Família em âmbito nacional promove uma reorganização na atenção básica do município. Estabelecendo uma equipe multidisciplinar, incluindo: a) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; b) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; c) auxiliar técnico de enfermagem; d) agentes comunitários de saúde, podendo ser incluindo um profissional da área de saúde Bucal. (BRASIL, 2012, p. 55)

Pardinho, além do Programa Saúde Mental Comunitária³⁸ e do Acolhimento Solidário³⁹. No mesmo ano foi instituído o Programa Mãe Curitibana. Organizado em torno de uma rede integrada de especialidades focadas na atenção às gestantes e nascituros, o programa dava atenção às classificações de risco suporte às usuárias desde o pré-natal por meio de unidades de saúde até o parto. A sociedade civil teve participação por meio de entidades de classe, instituições de ensino, conjuntamente com serviços de saúde ofertados pelo SUS, na criação de um programa de redução da mortalidade infantil, denominado Pacto Pela Vida.

No ano 2000, a rede de serviços da cidade contava com 104 Unidades de Saúde. Em 2001, houve a descentralização dos testes de HIV/AIDS, que passaram a ser feitos nas Unidades Básicas de Saúde. No ano subsequente, houve a implementação de políticas com o objetivo de atender a população feminina, crianças e adolescentes. Em 2003, é instituído através da Resolução nº 021/2003 o Comitê de Ética em Pesquisa na SMSC, com o apoio do Ministério da Saúde e da UNESCO. No ano posterior foi implantado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, para emergências clínicas. Em 2005, temos a criação do Distrito Sanitário do CIC.

Em 2006 foram inaugurados os equipamentos da Unidade de Saúde do Pinheirinho 24 horas e da Unidade de Saúde Mãe Curitibana. Além disso, foi realizada uma campanha para diagnóstico do HIV em populações-chave por meio de um teste rápido, posteriormente incorporado como procedimento padrão no Centro de Orientação e Aconselhamento – COA. (CURITIBA, 2018). Ainda em 2006, a Central do Atendimento ao Usuário passa por um processo de reformulação, transformando-se em Ouvidoria de Saúde vinculada à central de atendimento da Prefeitura, permitindo que o usuário final entrasse em contato por meio de um número gratuito (MASSUDA, 2014).

Assim, a Secretaria elaborou um sistema de planejamento alinhado ao Plano Municipal de Saúde (PMS). Este plano é discutido, aprovado e celebrado de quatro

³⁸ O Programa Saúde Mental Comunitária, buscou criar novas alternativas de atuação ambulatorial e de pronto-atendimento, diminuindo a demanda de internações em hospitais psiquiátricos. Buscando uma integração conjunta entre paciente, família e comunidade. (CURITIBA, 1999)

³⁹ O Programa de Acolhimento Solidário, teve como objetivo sensibilizar os profissionais de saúde de Curitiba para um atendimento mais humanizado. (CURITIBA, 1999)

em quatro anos nas Conferências Municipais de Saúde, efetivando-se em Programações Anuais de Saúde (PAS) e pelo Relatório Anual de Gestão (RAG). Nota-se que o documento possui um papel fundamental para o planejamento, execução e avaliação das metas a serem atingidas pela SMSC em sua totalidade (MASSUDA, 2014). Outra mudança de gestão que vale ser mencionada é a adesão ao Pacto pela Saúde, uma política federalizada conduzida pelo Ministério da Saúde/CONASS e CONASEMS que passa por um processo de discussão com o conselho de saúde, técnicos e gestores, aprovado no final de 2007 (CURITIBA, 2018).

Massuda (2014, pp. 94-95) destaca a importância da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde (FEAS), instituída pela Lei Municipal 13.663/2010 com o intuito de “(...) executar e desenvolver ações e serviços de saúde ambulatorial especializada, hospitalar, apoio e diagnóstico além de atividades de ensino e pesquisa, todos no âmbito do SUS” A FEAS, continua, “é uma entidade de personalidade jurídica de direito privado, com autonomia gerencial, patrimonial, orçamentaria e financeira, sujeita ao regime jurídico próprio (das entidades privadas sem fins lucrativos de beneficência social)”.

Como aponta um dos relatórios da SMSC (CURITIBA, 2018), em 2012 foi inaugurado o Hospital do Idoso Zilda Arns (HIZA), sob a administração da FEAS, além de também gerenciar serviços médicos de urgência nas UPAS e no SAMU. Massuda (2014) destaca, que a partir de 2013, a FEAS também passou a administrar o Centro Comunitário e Maternidade Bairro Novo e os CAPS. Atualmente a FEAS gerencia os Hospital do Idoso Zilda Arns, a Maternidade Bairro Novo, o Serviço de Atenção Domiciliar, a Urgência e Emergência, a Atenção Primária à Saúde e o Núcleo de Atenção Especializada e Saúde Mental, além de gerenciar programas de pesquisa e residência médica.

Já em 2013, o número de Unidade Básicas de Saúde foi ampliado com a Estratégia de Saúde da Família, passando de 55 para 65 unidades. Além disso, houve a implementação de quatro equipes para os Consultórios de Rua em virtude da demanda e do fato de que desde 2009 só havia uma unidade operando pela SMSC. Em 2015 foi inaugurada a nova sede do Laboratório Municipal de Curitiba;

no ano seguinte foi realizada na cidade a 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, reunindo representantes e especialistas de todo o globo. Em 2017 foi implantado o Aplicativo Saúde Já Curitiba, consolidado como uma ferramenta tecnológica para o acesso dos usuários do SUS, permitindo agendamentos nas Unidades de Saúde. Em 2017, o município aderiu à Rede Mãe Paranaense, que promove a atenção materno-infantil e acompanha o desenvolvimento das crianças, sobretudo em seu primeiro ano de vida. No mesmo ano também foi inaugurada a UPA do Tatuquara, expandindo as zonas geográficas que recebem suporte da SMSC. Em 2019, é fundado o e-COA, uma iniciativa de cooperação entre a Fiocruz, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), o Ministério da Saúde e a SMSC.

No ano de 2020, todo o esforço da SMSC foi canalizado a fim de capitanear ações emergenciais para uma resposta ativa na rede de serviços municipal ao Sars-CoV-2, e foram elaborados planos de contingência à pandemia. Esses planos determinaram uma reorganização da rede, tornando possível a abertura de 174 novos leitos, sendo 50 de UTI e 124 de enfermaria, em um total de 930. Houve suspensão de atendimentos eletivos e a UPA do Boqueirão passou a atender somente casos de Sars-CoV-2. (CURITIBA, 2020)

Partindo deste panorama geral da evolução institucional da SMSC e seus principais programas e projetos, por meio do histórico da secretaria e pela tese de doutoramento de Adriano Massuda, chefe da Secretaria dentre os anos de 2013-2015, é possível compreender a expansão e a abrangência da estrutura de saúde em Curitiba. Pouco é relatado nos documentos mais abrangentes sobre a estruturação do Programa Municipal de DST – Aids – Hepatites Virais, que se encontra sob a tutela do Centro de Epidemiologia.

Elencados de maneira geral os serviços de saúde da cidade e sua evolução, falaremos em seguida das ações, metas e programas do município em referência ao HIV/AIDS.

4.2.1 Análise das Ações, Metas e Políticas do Município de Curitiba entre 2001-2003.

Esta seção se concentrará na análise dos documentos e relatórios elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba no que se refere ao fenômeno do HIV/AIDS e o enfrentamento a doença. O recorte temporal estabelecido entre os anos de 2001 e 2020 se dá por três fatores distintos: a) pela meta 90-90-90, estabelecida até 2020; b) pela dimensão dos empréstimos oriundos do Banco Mundial, e; c) pelo início e fim de ciclos de gestões municipais.

Os materiais analisados partem de uma análise documental em que levamos em consideração as ações, metas, políticas públicas e dados financeiros referentes ao enfrentamento do HIV/AIDS no município de Curitiba. Assim, de 1999 a 2002, recorremos ao Relatório de Gestão Municipal de Curitiba, especificamente àqueles referentes às ações desenvolvidas no âmbito da saúde. De 2003 a 2011, recorremos aos Planos de Ações e Metas (PAM); nos anos de 2012 e 2013 utilizamos documentos da Programação Anual de Metas (PAM), que seguem as mesmas políticas e o mesmo molde de seu predecessor. Como visto anteriormente, o PAM sumariza as ações e metas municipais ao enfrentamento do HIV/AIDS. Contudo, as informações sobre a execução das metas só são disponibilizadas para o período de 2008-2013 por meio dos Relatórios de Gestão da SMSC.

Já a partir do ano de 2014, com a promulgação da Portaria GM/MS 3.276 de 2013, a Programação Anual de Metas deixa de ser executada, de maneira que as ações, metas e políticas passam a ser registradas na Programação Anual de Saúde (PAS). Esta, por sua vez, está em consonância com o Plano Municipal de Saúde (PMS), sendo este o documento em que os atos devem ser registrados até a presente data. Realizamos buscas também nos Relatórios Anuais de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde (RAG) e nos relatórios de Gestão Municipal (RGM) elaborados pelo Instituto Municipal de Administração Pública (IMAP), a fim de complementar os dados ou demonstrar problemas em sua elaboração.

A cidade de Curitiba, a partir de sua descentralização e da Gestão Plena do Município em 1998, garantiu o recebimento de repasses financeiros fundo a fundo. A SMSC desenvolveu celeridade em seus processos burocráticos, além de uma

maior facilidade de receber repasses de governo federal nesta modalidade, resultando em maior autonomia para seus programas de saúde. Curitiba também implementou um sistema de informática modernizado, contando com prontuários eletrônicos de coleta e armazenamento de informações, garantindo maior agilidade na tomada de decisões diante das equipes que atuavam na capilaridade em consonância com seus gestores.

É nesse cenário que Curitiba começa a receber os repasses do programa AIDS II, que previa uma execução orçamentária de US\$ 300 milhões de dólares –US\$ 165 milhões correspondentes ao empréstimo do Banco Mundial e US\$ 135 milhões relativos à contrapartida brasileira por meio do projeto BIRD 4392/BR. Instituído por meio de três componentes (promoção da saúde, diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas com HIV/AIDS) e desenvolvimento institucional, por meio dele a cidade foi contemplada com um valor de referência para os anos de 1999-2003 de R\$ 794.450,53.⁴⁰

A partir do ano de 1999, há o embrião do que hoje é o Programa Mãe Curitibana. No mesmo ano, o programa foi escolhido pelo Ministério da Saúde para representar o Brasil em um concurso internacional de boas práticas, na categoria de “Programa Inovador na Área de Saúde”, na OMS (CURITIBA, 1999, p. 176). Há também a consolidação no biênio 2000/2001 do projeto “Piá do Futuro”, cujo objetivo era promover a prevenção de IFTs/AIDS e também ao uso indevido de drogas por crianças e adolescentes, atingindo um público total de 6.000 jovens (CURITIBA, 2000, p. 183).

Com a Lei 10.350 de 18 de dezembro de 2001, instituiu-se o Plano Plurianual para o quadriênio 2002-2005. Conforme o Relatório da VI Conferência Municipal de Saúde de 2001, em que se instituiu o Plano Municipal de Saúde de Curitiba 2002-2005, há uma predisposição da SMSC em promover ações educativas voltadas à prevenção tanto do HIV quanto de IFTs, de maneira que em sua carta de intenções constam metas para a redução do índice de infecções, além melhorar a qualidade da assistência aos portadores do vírus HIV/AIDS. (CURITIBA, 2001, p. 24-28).

⁴⁰ Valores obtidos por meio do Diário Oficial da União – Seção 1, 20 de março de 2003.

Foi no ano de 2001 que se inaugurou a Jornada de prevenção ao Uso de Drogas e DST/AIDS, programa similar ao Piá do Futuro, além do Programa de Controle de Doenças. De acordo com relatório de gestão, este “(...)vem implementando ações dirigidas às patologias de enfrentamento contínuo, por meio de imunização, atenção à tuberculose, hanseníase, AIDS, diabetes, hipertensão arterial, entre outras” (CURITIBA, 2002). Logo, em 2002 ampliou-se a oferta de medicamentos por meio do Farmácia Curitibana, incluindo a oferta de drogas para HIV/AIDS e infecções oportunistas. Ainda em 2002, as Ações de Prevenção à doença foram mantidas pelo Centro de Epidemiologia, com atenção ao HIV/AIDS e demais doenças.

Em 2002, é elaborada a partir do PN-DST/AIDS a Portaria GM/MS 2314, de 20 de dezembro de 2002, instituindo a necessidade de padronização dos instrumentos para a elaboração dos Planos de Ações e Metas (PAM), estabelecendo uma política de incentivos mais clara e sistemática. A cidade de Curitiba foi agraciada com incentivos na ordem de R\$ 794.450,35 no ano de 2003 – valor que seguiu sendo referência aos repasses à Curitiba até 2011. Há também um investimento próprio do município de R\$ 173.856,43, totalizando um montante de R\$ 968.306,78 no ano. A adesão ao PAM é um traço fundamental da PN-DST/AIDS, visto que anteriormente as metas e ações políticas eram elaboradas por meio do Plano Operativo Anual, sob a responsabilidade das cidades e dos estados que pleiteavam recursos. Cada secretaria, apesar de seguir as normativas estabelecidas pelo PN-DST/AIDS e, conseqüentemente, do Banco Mundial, formulava e formatava os seus relatórios.

Ao analisarmos o Plano de Ações e Metas de 2003, observamos 72 ações programáticas, elencadas em 30 metas da prefeitura para o mesmo ano. Foram divididas em três áreas temáticas: a) Promoção, Prevenção e Proteção; b) Diagnóstico, Tratamento e Assistência; c) Desenvolvimento Institucional e Gestão, todas em consonância com o AIDS II. A tabela abaixo demonstra a hierarquia dos gastos da SSMSC no ano de 2003:

TABELA 1 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2003

Áreas de Atuação	Recursos Financeiros a serem aplicados				TOTAL	% do Total Geral
	Incentivo	Recursos Próprios	Incentivo não aplicados no PAM anterior	Próprios não aplicados no PAM anterior		
Promoção, Prevenção e Proteção	570.114,85	50.000,00	0,00	0,00	620.114,85	64,04
Diagnóstico Tratamento e Assistência	174.435,50	123.856,43	0,00	0,00	298.291,93	30,81
Desenvolvimento Institucional e Gestão	49.900,00	0,00	0,00	0,00	49.900,00	5,15
Sub Total	794.450,35	173.856,43	0,00	0,00	968.306,78	100,00
Parcerias com OSC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Geral	794.450,35	173.856,43	0,00	0,00	968.306,78	100%

FONTE: PAM, 2013.

Assim, 64,04% dos recursos foram direcionados às ações de promoção, prevenção e proteção, priorizando ações e insumos estratégicos de prevenção, além de ações específicas visando as pessoas vivendo com HIV/AIDS. Dentre as metas da prefeitura, temos por exemplo: a) “Usuários de drogas usando preservativos em suas relações sexuais, apresentando práticas de redução de danos para o uso de drogas”; b) “Populações mais vulneráveis (HSH, profissionais do sexo, transgêneros, usuários de drogas) informadas corretamente sobre formas de infecção, prevenção e serviços de saúde no que diz respeito às DST/HIV/AIDS”; c) “População em geral sensibilizada de modo a diminuir o preconceito e a discriminação a pessoas vivendo com HIV e Aids e populações de maior vulnerabilidade a infecção pelo HIV” (PAM, 2003). Nota-se um esforço da SMSC em promover uma mudança geral na maneira pela qual a doença é percebida, tanto pela população curitibana, como entre os próprios soropositivos. Assim, notamos a congruência do programa com os executivos do Banco Mundial (1997) que suportam a hipótese de que custos em prevenção tendem a se mostrar mais eficazes e menos dispendiosos dos que os gastos em tratamento e diagnóstico.

Por outro lado, ao nos atentarmos às despesas em diagnóstico, tratamento e assistência, notamos o montante de R\$ 298.291,93, representando 30,81% do dispêndio dos incentivos. Tais ações demonstram o intuito de aumentar a capacidade laboratorial e também promover um preparo para lidar e trabalhar com a incidência do vírus, de maneira que foram estabelecidas as metas de: a) “Implementação do Protocolo de Atendimento Inicial ao Portador do HIV em Unidades Básicas de Saúde, com acesso facilitado aos serviços de referência”; b)

“Fortalecimento e ampliação dos grupos de adesão à terapia”; c) “Exames para diagnóstico da infecção pelo HIV com qualidade e rapidez nos resultados ofertados na rede básica e especializada de saúde e em cadeias públicas” (PAM, 2003). Outro ponto importante é que, do valor total, 47% dos recursos próprios se destinaram à disponibilização de medicamentos para IFTs.

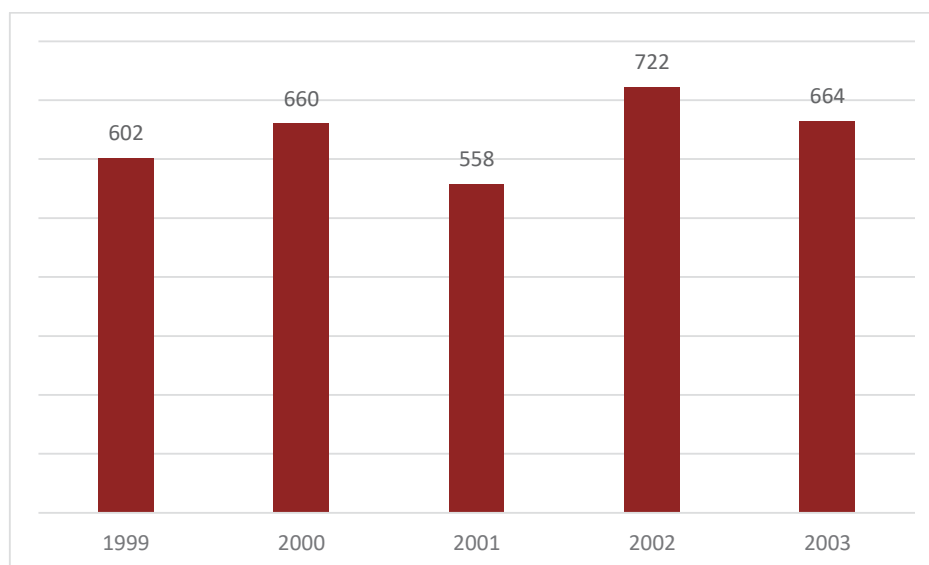
Por fim, o último núcleo exposto no relatório trata do Desenvolvimento Institucional e Gestão. 5,15% dos recursos foram destinados à área, que busca estruturar a rede epidemiológica de Curitiba e instruir técnicas de gestão, protocolos, capacitações e treinamentos. Estabelecendo um padrão institucional e delimitando *como* a rede de saúde curitibana compreende que as ações para o HIV/AIDS *devem* ser trabalhadas. Neste ponto, as metas se cristalizam em: a) “Promover o efetivo controle social e a discussão acerca das questões sobre DST/HIV/AIDS no Município de Curitiba”; b) “[Manter] informações atualizadas sobre a situação epidemiológica do HIV”; c) “[Manter a] estrutura da Coordenação Municipal de DST e Aids compatível com a necessidade do programa”. (PAM, 2003)

Apesar do demonstrativo financeiro não elencar gastos à OSC, é previsto no acordo AIDS-II, por meio do Componente I, o repasse para a sociedade civil (BANCO MUNDIAL, 2004, p. 8). De acordo com Fonseca *et al.* (2007), a seleção pública de projetos sobre HIV/AIDS deveria receber um valor proveniente do governo do estado, obedecendo critérios sobre as características dos municípios, tais como: características epidemiológicas, geográficas e demográficas, levando em consideração a capacidade de execução das organizações, cabendo à Secretária Estadual de Saúde desenvolver pactuações no âmbito municipal.⁴¹

Outro ponto a ser destacado é o fim do programa AIDS II. Em Curitiba, o programa foi responsável por articular ferramentas de gestão conjuntamente com as áreas de prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS, resultando em um decréscimo de diagnósticos positivos para AIDS de 602 em 1999, para 664 em 2003, conforme demonstra a tabela a seguir:

⁴¹ Norma Técnica – Incentivo HIV/aids e outras DST - nº. 01/2002.

GRÁFICO 1 - FREQUÊNCIA POR ANO DE DIAGNÓSTICOS POSITIVOS DE AIDS ENTRE 1999 E 2003 NA CIDADE DE CURITIBA



FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Os dados demonstram um crescimento de 10% quando comparados aos números absolutos de casos diagnosticados entre os anos 1999 e 2003. Contudo, ao estabelecermos a média para o período (1999-2003), houve um aumento de 5.8% no número de casos, em uma média de 637 casos por ano. No total, foram 3.186 pessoas diagnosticadas nestes cinco anos, com 6.455 contabilizadas desde o início dos casos de na cidade.

O que se observa é que no período há uma continuação do primeiro projeto financiado em conjunto com o Banco Mundial, promovendo uma maior descentralização dos recursos, melhorias em gestão, e um foco bastante específico na promoção, prevenção e proteção ao HIV/AIDS, de modo que tais medidas se mostraram o núcleo do programa. Curitiba também se situava na vanguarda da descentralização dos mecanismos de saúde SUS, facilitando o repasse de recursos e a atuação na capilaridade do SUS, provendo atendimentos, testagens, orientações e cuidados aos soropositivos.

Assim, buscou-se aprimorar e capacitar os funcionários de saúde, pois muitas vezes não havia entendimento profissional sobre a o indivíduo que vivia com o HIV/AIDS – e também sobre o vírus *per se*, acarretando em um sentimento de

medo, angústia e discriminação de maneira velada para com os pacientes (RIBEIRO *et al.* 2004; SADALA, MARQUES, 2004). Muitas das vezes também há a necessidade de conviver com o doente, podendo causar uma sobrecarga psicossomática afetando a vida privada do profissional de saúde (MIQUELIN *et al.* 2004). Assim, era recorrente a capacitação dos servidores, além de mesas temáticas e workshops com o intuito de disciplinar os profissionais e normalizar o atendimento aos pacientes. As medidas tinham também forte apoio à prevenção, como fora estabelecido pelo acordo BIRD 4392/BR.

Nele, o orçamento planejado para a área de Promoção, Proteção e Prevenção em âmbito nacional foi estimado em US\$ 71,54 milhões; a área de diagnóstico, tratamento e assistência, além do polo de fortalecimento institucional, somam US\$ 91,71 milhões (BANCO MUNDIAL, 2004, p. 39). Assim, às vistas do PN-DST/AIDS, Curitiba segue as orientações propostas de maneira exemplar. Contudo, para além do Programa Mãe Curitibana – que não trata apenas de IFTs/AIDS –, a cidade não desenvolvia nenhum tipo de política pública que se destaque em âmbito nacional, ainda que fosse o 5º maior município com casos de AIDS notificados no Brasil desde a identificação do vírus até 2003, contabilizando 5.785 casos.

Expostas as ações, metas e políticas da cidade no âmbito do programa AIDS-II, seguimos agora à análise do PAM para os anos de 2004 a 2007, estabelecidas por meio de outro incentivo acordado com o Banco Mundial e pela instituição do projeto AIDS-III, em que ocorre a distribuição de recursos para Curitiba entre os anos de 2004 a 2007.

4.2.2 Análise das Ações, Metas e Políticas do Município de Curitiba entre 2004-2007.

O projeto Aids-III é estabelecido pelo acordo BIRD 4713/BR, que firma um empréstimo no valor de US\$ 100 milhões efetuado pelo Banco Mundial, bem como uma contrapartida brasileira do mesmo montante. O acordo foi publicado no Diário

Oficial da União⁴² e vigorou a partir de 2004. Os valores de referência para Curitiba se mantiveram os mesmos em relação ao programa anterior. Contudo, o AIDS III previa em um de seus componentes um incentivo financeiro para Organizações da Sociedade Civil (OSC): o estado do Paraná recebeu um montante de R\$ 674.400,00 para custeios especificamente dessa área temática, conforme as Portarias de Nº 1.680/GM de 13 de agosto de 2004 e a de Nº 2.190 de novembro de 2005.

O programa AIDS III possui como objetivo principal reduzir a incidência de HIV/AIDS e outras IFTs, além de melhorar a qualidade de vida de pessoas portadoras de HIV/AIDS e fortalecer a resposta nacional à doença. Deste modo, o programa possuía um foco na descentralização da gestão de projetos entre as três esferas de governo, incluindo também a sociedade civil e buscando sustentabilidade a médio e longo prazos para as políticas pertinentes.

Em suma, buscava-se: a) melhorar a qualidade da cobertura da rede assistencial para pessoas vivendo com IFTs/AIDS, incluindo tratamento, prevenção e assistência, estimando US\$ 130.47 milhões ou 65% dos gastos do empréstimo nesta área em um nível nacional; b) promover um desenvolvimento científico e tecnológico, incluindo o desenvolvimento de tecnologias nacionais e mecanismos de vigilância epidemiologia, práticas clínicas e centros de pesquisas sobre antirretrovirais, reagentes e outros produtos – esta área recebeu um incentivo de US\$ 13,35 milhões, caracterizando 6,7% dos custos totais do programa – e, por fim; c) promover o fortalecimento da gestão do programa, de maneira que fosse aprimorado o monitoramento, avaliação e a vigilância epidemiológica, fomenta a gestão de desempenho, com recursos previstos para treinamento de gestores estaduais e municipais, bem como custos relacionados à gestão e supervisão de projetos com valor estimado em US\$ 55,82 milhões, representando 27,9% do valor total do projeto. (WORLD BANK, 2011, p. 1-2).

Em relação à esfera municipal, os recursos foram repassados à Curitiba em parcelas mensais de R\$ 66.204,20, com o intuito de delimitar ações e metas específicas. Contudo, ao observarmos a redação do Plano de Ações e Metas para o ano de 2004, as metas e ações orientadas são referentes ao ano de 2005.

⁴² Seção 1. Nº - 2020, sexta feira, 17 de outubro de 2003.

Inicialmente, consideramos a hipótese de que os recursos advindos do programa haviam sido suspensos. Contudo, há registros mensais de depósitos para todo o biênio de 2004/05 nos valores regulares acordados. Deste modo, a descrição do PAM versará sobre o programa de maneira conjunta para os anos de 2004/2005.

Segundo o demonstrativo financeiro do PAM 2004/05, constata-se que o total dos incentivos, em conjunto com gastos próprios e o saldo não utilizado do PAM anterior, resultam em um valor total de R\$ 1.775.026,93. Somados os incentivos, além dos recursos não utilizados no ano de 2003 que se somam a esse relatório, obtemos uma média anual de recursos repassados a Curitiba para o ano de 2004-2005 de R\$ 748.939,86, um decréscimo de 5% relativo ao acordo estabelecido, conforme demonstra a tabela abaixo:

TABELA 2 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2004-05

Áreas de Atuação	Recursos Financeiros a serem aplicados				TOTAL	% do Total Geral
	Incentivo	Recursos Próprios	Incentivo não aplicados no PAM anterior	Próprios não aplicados no PAM anterior		
Promoção, Prevenção e Proteção	607.241,22	79.200,00	230.000,00	0,00	916.441,22	51,63
Diagnóstico Tratamento e Assistência	560.057,50	196.072,21	11.875,00	0,00	768.004,71	43,27
Desenvolvimento Institucional e Gestão	90.581,00	0,00	0,00	0,00	90.581,00	5,10
Sub Total	1.257.879,72	275.272,21	241.875,00	0,00	1.775.026,93	100,00
Parcerias com OSC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Geral	1.257.879,72	275.272,21	241.875,00	0,00	1.775.026,93	100%

FONTE: PAM, 2004.

No campo de Promoção, Prevenção e Proteção, há 17 metas programáticas, incluindo 34 ações da SMSC. A subárea de Promoção de Práticas Sexuais Seguras, encampa as maiores ações em gastos percentuais, totalizando 41% dos recursos do programa. As ações incluem campanhas de incentivo ao uso de preservativos em meios de comunicação de massa, atividades educativas em unidades de saúde e ONG's e projetos de redução de danos para usuários de drogas injetáveis, incluindo a doação de agulhas, garrotes e seringas. Além disso, compreendem ações de capacitação, confecção e distribuição de material informativo, sensibilização de profissionais, treinamentos, realização de reuniões mensais da Comissão Municipal de IFTs/HIV/AIDS, e do apoio a projetos da sociedade civil. Houve também a criação do Ônibus Adolescente Saudável, com o intuito de ser um

projeto móvel para atender escolas e sobretudo o público infanto-juvenil, promovendo atividades de prevenção e educação.

A Área temática de Diagnóstico, Tratamento e Assistência possui um total de 15 metas e 31 ações. Isto inclui a compra de medicamentos, utilizando-se recursos próprios da SMSC no valor de R\$ 130.098,43. Inclusos no valor estão a disponibilização de insumos aos laboratórios de coleta, realização de exames de carga viral de filhos de mães soropositivas e treinamentos específicos para profissionais de saúde, com o intuito de fortalecer a rede de serviços de Curitiba e mitigar o estigma da doença.

Por fim, a Área Temática de Desenvolvimento Institucional e Gestão conta com 11 metas e 22 ações programáticas que versam desde a realização de conferências e seminários, atualização do sistema de gestão de informações sobre IFTs e a compra e manutenção de equipamentos e softwares que permitam a sistematização necessária para preencher e formatar as bases de saúde em nível estadual e federal.

Ao todo, os anos de 2004/05 apresentam 41 metas e 87 ações relativas ao Plano de Ações e Metas de Curitiba. Em 2004, a cidade foi reconhecida como um sítio de excelência em questões relacionadas às IFTs/Aids pelo PN-DST/AIDS e pelo CDC, além de receber uma delegação chinesa para conhecer o Programa Mãe Curitibana. Também realizou um seminário sobre a transmissão vertical do HIV em La Paz por convite do Ministério da Saúde, do governo boliviano e da UNICEF. O Programa Mãe Curitibana se consolida, assim, como uma política importante de HIV/AIDS, diminuindo o número de transmissões verticais de 42 em 1998 para 1 em 2004, em uma taxa de 0,08% e incidência de 1:123 gestantes. (CURITIBA, 2005)

Analisando o ano de 2006, vemos as mesmas configurações expostas desde o ano base de 2003. Com uma diferenciação na estruturação orçamentária⁴³,

⁴³ Anteriormente os recursos não gastos por meio de repasses fundo a fundo, e que ainda estavam disponíveis para a execução de ações referentes ao HIV/AIDS estavam circunscritos como "Incentivo não aplicado no PAM anterior". Em 2006 a tabulação foi reformulada adicionado três novas abas, sob o "Saldo do PAM Anterior". A primeira se apresenta como "Recebido" que são provenientes do mesmo repasse e que não foram aplicados na execução do PAM anterior findado os 12 meses. A segunda, tangencia as "Aplicações Financeiras" que são recursos aferidos em aplicações financeiras, por fim; "Recebido", que são recursos próprios da SMS, sobre a responsabilidade do gestor técnico da área e que por algum motivo também não foram utilizados na gestão anterior.

Curitiba recebeu o incentivo em seu valor base de R\$ 794.450,35, também contou com recursos próprios no valor de R\$ 173.836,13 e por fim; recebidos que constam no valor de R\$ 198.000,00 totalizando o valor total para ações no PAM de 2006 em R\$ 1.166,306,48. Conforme demonstra a tabela abaixo:

TABELA 3 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2006

Áreas de Atuação	Recursos Financeiros a serem aplicados						
	PAM Atual		Saldo do PAM anterior			TOTAL	
	Incentivo	Próprios	Recebido	Aplicação Financeira	Próprios	GERAL	%
Promoção, Prevenção e Proteção	386.218,85	65.000,00	128.000,00	0,00	0,00	579.218,85	49,66
Diagnóstico, Tratamento e Assistência	347.181,50	108.856,13	65.000,00	0,00	0,00	521.037,63	44,67
Gestão e Desenvolvimento Humano e Institucional	61.050,00	0,00	5.000,00	0,00	0,00	66.050,00	5,66
Parcerias com OSC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Geral	794.450,35	173.856,13	198.000,00	0,00	0,00	1.166.306,48	100%
Valor de Referência - Incentivo	Valor de Referência - Recursos Próprios		Valor de Referência - OSC		Fórmula Infantil		
794.450,35	173.856,13		0,00		0,00		

FONTE: PAM, 2006.

A categoria de Prevenção, Promoção e Proteção segue sendo a mais prestigiada, com um valor total de R\$ 579.218,85 representando 49,66% dos gastos do período. Este campo se concentra em 14 metas orientadas à realização de resultados em: Comunicação e saúde, promoção de práticas sexuais seguras e promoção dos direitos humanos. A ação de prevenção mais contundente da SMSC foi a distribuição de preservativos, totalizando um custo de R\$ 328.000,00 destinados à distribuição de 2.660.517 preservativos masculinos e 10.725 preservativos femininos para usuários das Unidades de Saúde, além de Programas de Saúde e Prevenção nas Escolas (CURITIBA, 2006). Outra parcela dos recursos é destinada à organização de seminários informativos para populações-chave, além de seminários contra a estigmatização dos soropositivos. Há também um repasse de R\$ 87.0000,00 destinado a apoiar cinco projetos para populações vulneráveis, sob o escopo da Área Temática de “Comunicação e Saúde”. Também houve outra iniciativa com ONG's atuantes na defesa dos Direitos Humanos, com um repasse de R\$ 21.000,00. Estabelecendo a meta de cadastrar e acompanhar cinquenta usuários de drogas injetáveis em programas de redução de danos.

Em relação ao Diagnóstico, Tratamento e Assistência, o relatório apresenta 12 metas representando 44,67% dos gastos da cidade para este ano, com um valor de R\$ 347.187,50 de recursos provenientes de repasses e R\$ 108.856,13 de recursos próprios, além de recursos não utilizados do PAM no valor de R\$ 65.000,00. Desta maneira, em relação a diagnósticos laboratoriais, a SMSC realizou um aporte de R\$ 316.968,13 em serviços relacionados à testagem, além de aumentar a capacidade da rede para oferecer diagnóstico e tratamento aos usuários que buscam o serviço. Também foi expandida a coleta de exames de HIV em todas as unidades básicas de saúde. Iniciou-se em 2006 o teste rápido no Centro de Orientação e Aconselhamento; com o resultado disponível logo após a coleta, caso seja necessário, encaminha-se o paciente para exames, consultas e acolhimentos. Neste ano, foram realizados 38.531 testes convencionais e 13.284 testes rápidos de detecção do HIV (CURITIBA, 2006). Outro ponto importante são os protocolos exercidos pelo Programa Mãe Curitibana: 85% das gestantes que aderirem ao programa em Curitiba devem realizar o exame VDRL⁴⁴ durante o pré-natal.

Por fim, a área de Gestão e Desenvolvimento Humano e Institucional possui 6 metas programáticas e utiliza 5,46% dos recursos do PAM buscando ampliar parcerias com ONG's, oferecendo treinamentos e eventos relacionados à IFTs/AIDS, além de implementar ferramentas de gestão e adquirir um sistema de vigilância epidemiológica dos casos de AIDS, implementado na rede municipal de saúde. Além disto, busca-se ampliar a produção de conhecimento sobre IFTs/HIV/AIDS por meio de conferências, relatórios impressos e comparecimento de técnicos em eventos.

Contudo, conforme afirmam Galvão e Treichler (1997; 1989), apenas o subsídio de produtos pautados em práticas de prevenção não bastam. Deve-se estabelecer um público-alvo, compreender seu entorno e suas motivações, que podem auferir em uma mudança de comportamento individual: somente a transferência material – a disponibilização de preservativos – pode não ser suficiente para frear o contágio pelo vírus.

⁴⁴ O exame *Veneral Disease Research Laboratory* – é um protocolo sanguíneo com foco em diagnosticar a sífilis.

É notável também no PAM de 2006 uma aproximação maior com a sociedade civil, sobretudo por meio de capacitações a ONGs e grupos-chave. Isto se deve por conta de um amadurecimento da burocracia estatal, que se permitiu buscar em OSCs uma certa complementariedade no enfrentamento à doença. Na historiografia do HIV, as ONGs muitas vezes eram compreendidas como uma espécie de “tapa-buraco”; de acordo com Galvão (1997), atuavam como “bombeiros”. Contudo, as ONGs cada vez mais passam a trabalhar a fim de elaborar projetos mais específicos e relevantes à comunidade soropositiva, visto que, mesmo com o saber técnico-científico sobre a doença se expandindo, o número de casos continuou a aumentar.

O ano de 2007 marca o último ano do programa AIDS-III em âmbito nacional, conforme delimitado pelo acordo BIRD 4713/BR. Desta maneira, ao analisarmos o PAM/2007 o programa se manifesta como uma continuidade da política de Curitiba sobre HIV/AIDS que vinha sendo elaborada no plano municipal. Para além do incentivo base recebido do PN-DST/AIDS, houve também a utilização de R\$ 173.450,55 de recursos próprios e R\$ 264.816,00 de incentivos relativos ao ano fiscal anterior, totalizando um montante de R\$ 1.233.122,48 em recursos destinados ao enfrentamento do HIV em Curitiba, como demonstra a tabela a seguir:

TABELA 4 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2007

Áreas de Atuação	Recursos Financeiros a serem aplicados						
	PAM Atual		Saldo do PAM anterior			TOTAL	
	Incentivo	Próprios	Recebido	Aplicação Financeira	Próprios	GERAL	%
Promoção, Prevenção e Proteção	370.219,85	65.000,00	139.000,00	0,00	0,00	574.219,85	46,57
Diagnóstico, Tratamento e Assistência	352.680,50	108.856,13	125.816,00	0,00	0,00	587.352,63	47,63
Gestão e Desenvolvimento Humano e Institucional	71.550,00	0,00	0,00	0,00	0,00	71.550,00	5,80
Parcerias com OSC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Geral	794.450,35	173.856,13	264.816,00	0,00	0,00	1.233.122,48	100%
Valor de Referência - Incentivo	Valor de Referência - Recursos Próprios		Valor de Referência - OSC		Fórmula Infantil		
794.450,35	173.856,13		0,00		0,00		

FONTE: PAM, 2007.

O PAM 2007 possui um total de 17 metas, distribuídas nas três áreas de atuação do programa. A execução financeira é muito similar à do ano anterior, com mudanças priorizando a área de Diagnóstico, Prevenção e Assistência, que se torna responsável pelo montante de R\$ 587.352,63 (ou 47,63%) em 5 metas manifestas

em políticas de testagem e aconselhamento, do incremento contínuo no Programa Mãe Curitibana, além de incrementos laboratoriais, em que 95% dos exames de HIV deveriam ser processados na cidade. Nesse ano foram realizados um total de 44.935 testes, sendo 39.025 convencionais e 5.910 rápidos, orientados pelo COA.

Organizados em 7 metas específicas e três áreas temáticas, os dispositivos de prevenção seguiram na mesma configuração do ano anterior, com eventos de informação sobre os perigos das IFTs, sensibilização dos profissionais da SMSC acerca do preconceito com o portador de HIV/AIDS e um incremento na distribuição de preservativos, atingindo a marca de 2.740.512 preservativos masculinos e 3.219 preservativos femininos. Parcerias com ONGs também foram indicadas para a realização de eventos às populações vulneráveis, tal qual se vira nos anos anteriores (CURITIBA, 2007). A área de prevenção recebeu incentivos na ordem de R\$ 509.219,85, além de R\$ 65.000,00 em recursos próprios para a compra de preservativos. Há também uma proposta sobre o financiamento das ações desenvolvidas por casas de apoio em Curitiba, por meio da Comissão Intergestores do Paraná (COSEMS/PR) e através da deliberação CIB/PR Nº 020-15/03/2007, que provê recursos para três casas de apoio em Curitiba⁴⁵.

A área de Gestão e Desenvolvimento Humano e Institucional delineou 5 metas concentradas em áreas administrativas para a própria execução do PAM, além de atender demandas de treinamentos, supervisão e eventos relacionados ao enfrentamento de IFTs/Aids, totalizando R\$ 12.750 em ações totais e representando 5,80% dos gastos.

O estabelecimento do AIDS-III capitaneou um esforço de prevenção por meio de cartilhas, cartazes, palestras e workshops, além da disponibilização maciça de preservativos, sobretudo em datas comemorativas como carnaval, dia dos namorados e dia internacional da luta contra HIV/AIDS. Além disso houve capacitação de profissionais de saúde, estimulando maior compreensão para com

⁴⁵ São elas: Associação Solidários Pela Vida – SOVIDA, contando com 22 leitos e um incentivo mensal de R\$ 7.700/mês. PRECAVVIDA – Centro de Prevenção e Recuperação, dispondo de 12 leitos com um incentivo mensal de R\$ 2.200,00. Por fim, HUMANAR, contabilizando 07 leitos e recebendo um suporte de R\$ 1.400,00 mensais.

portadores do vírus, além da busca por saberes técnico-científicos sobre a doença e modos de prevenção para frear a disseminação do HIV/AIDS.

Incrementou-se concomitantemente o Programa Mãe Curitibana, que viria a receber prêmios nacionais e internacionais nos anos seguintes; houve também um aprimoramento nos centros de triagem para HIV/AIDS da cidade, que desde 2006 implementavam os testes rápidos no Centro de Orientação e Acolhimento para o tratamento da doença, fornecendo todo o suporte e orientação sobre como utilizar os serviços do SUS em testes cujo resultado fosse positivo.

O campo de gestão e desenvolvimento teve a atenção focada no aprimoramento dos protocolos internos, além de uma maior conexão com ONGs. Isto fica bastante evidente por meio do Plano Estratégico do Programa Nacional de DST/AIDS - 2004/2007. Ao estabelecer o plano estratégico da esfera federal, o relatório afirma que: “A expectativa é de que os objetivos, metas e estratégias aqui traçados pautem as ações do nível federal e funcionem como uma bússola para as ações dos estados e municípios. A noção de bússola é fundamental” (BRASIL, 2004, p. 13).

A “bússola” proposta pelo PN-DST/AIDS é um campo para a alocação de recursos de ordem estadual e municipal, perpassando todas as esferas de governo. É o poder executivo, na figura do Ministério da Saúde, que formula as normas da política nacional; a deliberação dos municípios que receberão incentivos depende das decisões das Comissões Intergestores Estaduais – a execução da política cabe aos municípios. A delimitação de metas do AIDS III, apesar de possuir certa flexibilidade e pontos focais bastante específicos – prevenção, diagnóstico e gestão institucional – pode se alargar, delimitando um caráter multifacetado a depender do plano local.

Desde o momento da assinatura do acordo houve discussões sobre como os recursos deveriam ser alocados. No relatório de concessão e avaliação do empréstimo estabelecido pelo Banco Mundial (2011). foi designado⁴⁶ para o campo

⁴⁶ A projeção proposta pelo acordo estipulava outros valores, de maneira que os gastos esperados estavam na ordem de: US\$ 166.000,00 ou 83% para a primeira área, US\$ 9.500,00 milhões ou 4.8% dos custos totais para o segundo componente e US\$ 24.500,00 ou 12.3% dos gastos totais para a área de gestão. De acordo com o relatório do banco, esta diferença não se reflete em uma mudança de foco, mas sim uma mudança na ordem

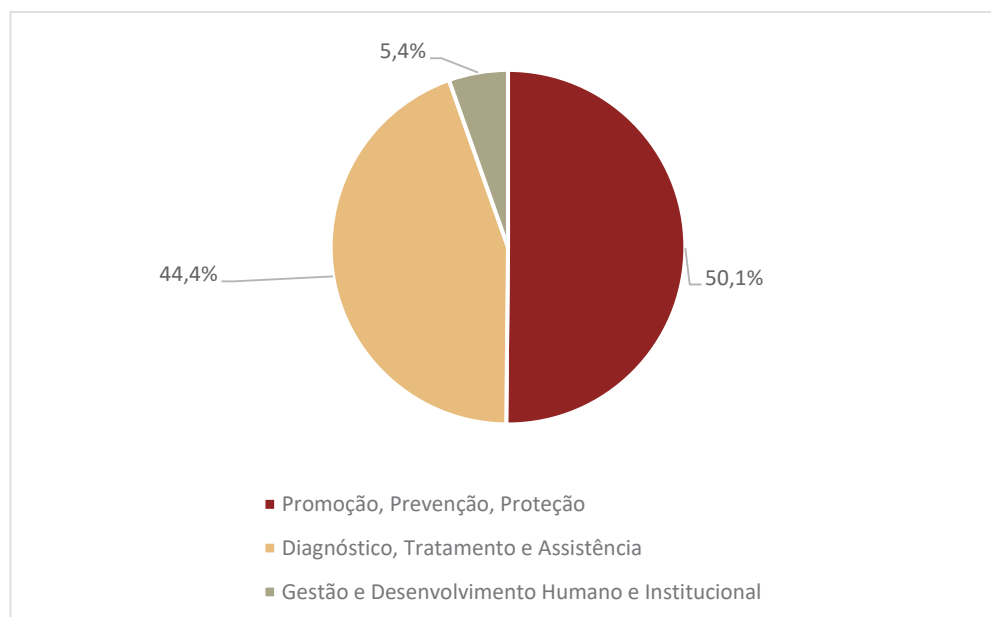
da prevenção um montante US\$ 130.470.000, 65% do valor total. Para ações em desenvolvimento científico e tecnológico, relativas ao desenvolvimento de “boas práticas” clínicas, e também sobre a construção de pesquisas sobre medicamentos antirretrovirais e reagentes químicos, foi dedicado um valor de US\$ 13.350.000, ou 4.8% do total. Na área de fortalecimento da gestão do programa, foram US\$ 55.820.000, ou 27.9%, incidindo sobre a coordenação e gerenciamento de projetos. Foram promovidos treinamentos para fortalecer a coordenação de projetos entre as três esferas de governo, incluindo o monitoramento, avaliação e construção de mecanismos de vigilância epidemiológica conjuntamente com ações, a fim de guiar as iniciativas de diagnóstico, incidindo em ganhos de monitoramento nas três esferas do governo. A execução de metas do projeto foi considerada satisfatória, tanto pelo governo brasileiro quanto pelo Banco (2001).

Em relação ao âmbito municipal, os incentivos advindos do PN-DST/AIDS foram responsáveis por solidificar políticas municipais como o Mãe Curitibana, o desenvolvimento de mecanismos de gestão laboratorial (visto que 95% dos exames coletados na cidade eram processados no laboratório municipal) e a descentralização de assistência e diagnóstico por meio das Unidades Básicas de Saúde por meio do treinamento de profissionais, fazendo com que os usuários não fossem apenas limitados ao Centro de Orientação e Aconselhamento.

Nesse período de 2004 a 2007, os recursos recebidos pelo PAM foram na ordem de R\$ 4.219.455,89, divididos conforme o gráfico a seguir:

protocolar, onde o Estado financiou algumas atividades de prevenção como a distribuição de preservativos. (BANCO MUNDIAL, 2011).

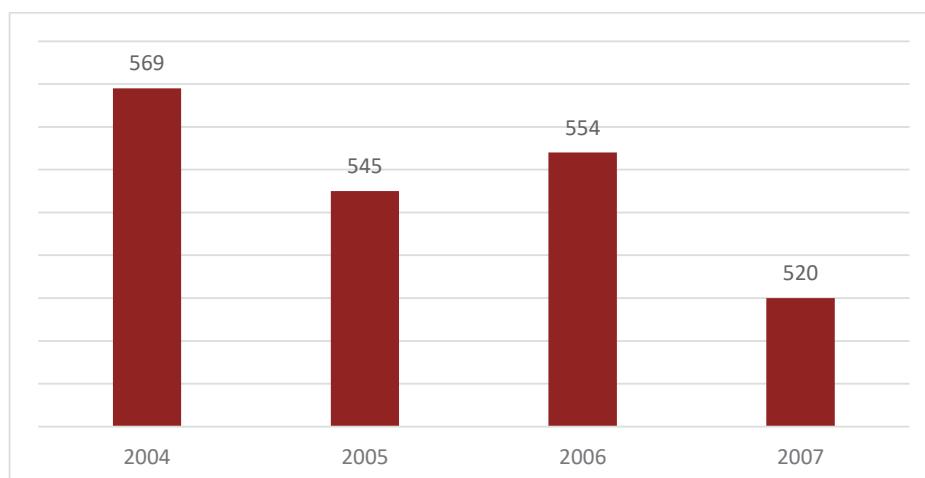
GRÁFICO 2 - EXECUÇÃO DOS INCENTIVOS DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2004 A 2007



FONTE: Elaboração própria com base nos Plano de Ações e Metas de 2004 a 2007.

Nota-se imediatamente a maior concentração em programas de Promoção, Prevenção e Proteção para a cidade neste período – 50,1% dos gastos totais. Logo em seguida, as ações de Diagnóstico, Tratamento e assistência, com 44,4%, e, por fim, o Desenvolvimento e Gestão institucional, responsável por 5,4% dos gastos da SMSC. No quesito epidemiológico, Curitiba registrou em 2004 569 diagnósticos de AIDS; no ano de 2007, foram 520 notificações positivas. Com uma média de 547 casos por ano, a cidade registra queda de 8,61% em uma comparação direta entre os anos de 2004 e 2007: de modo que neste período, Curitiba registra 2.188 novos casos de AIDS, apresentando um total de 8.643 notificações de diagnósticos positivos para o HIV, conforme demonstra o gráfico a seguir:

GRÁFICO 3 - FREQUÊNCIA POR ANO DE DIAGNÓSTICOS POSITIVOS ENTRE 2004 E 2007
NA CIDADE DE CURITIBA



FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

Em âmbito nacional, o ano de 2007 ocupa uma posição de relevância ímpar no enfrentamento do HIV/AIDS: nele, foi efetuada uma licença compulsória que resultou na quebra de patente da droga Efavirenz®, causando uma queda de 72,32% no custo do medicamento. Por meio do relatório de avaliação dos empréstimos feitos ao Brasil pelo Banco Mundial (2011), é possível identificar que o Estado brasileiro solicitou ao Banco a continuação da política formulada no AIDS III, por meio de um novo acordo. O Banco, por sua vez, alega que o Brasil possui capacidade suficiente de promover medidas de enfrentamento a doença. Afirma também que o Brasil é liderança regional no tema entre os países em desenvolvimento, de modo que um novo acordo não seria estabelecido de imediato.

O Banco afirma, entretanto, que sua participação continuada em questões relacionadas a prevenção em HIV/AIDS continua sendo relevante (BANCO MUNDIAL, 2011, p. 2). Deste modo, apesar da finalização do acordo AIDS III, Curitiba seguiu recebendo pela mesma modalidade os recursos para enfrentamento da doença, além de manter as métricas instituídas pelo PN-DST/AIDS para a elaboração do PAM 2008-2009, como veremos a seguir.

4.2.3 Análise das Ações, Metas e Políticas do Município de Curitiba entre 2008-2009.

Um dos propósitos dos acordos propostos pelo Banco Mundial era que o Brasil e os entes federativos conseguissem construir uma resposta sustentável ao enfrentamento do HIV/AIDS. Deste modo o PN-DST/AIDS, valendo-se da expertise e da própria consolidação política dos programas, deu seguimento a política para a área de IFTs/Aids. O PAM de 2008 foi estabelecido com 17 metas gerais para as três esferas de atuação do programa o total de recursos para Curitiba foi de R\$ 1.100.714,48, conforme demonstra a tabela a seguir:

TABELA 5 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2008

Áreas de Atuação	Recursos Financeiros a serem aplicados						
	PAM Atual		Saldo do PAM anterior			TOTAL	
	Incentivo	Próprios	Recebido	Aplicação Financeira	Próprios	GERAL	%
Promoção, Prevenção e Proteção	371.619,85	65.000,00	76.000,00	0,00	0,00	512.619,85	46,57
Diagnóstico, Tratamento e Assistência	358.980,50	108.856,13	56.408,00	0,00	0,00	524.244,63	47,63
Gestão e Desenvolvimento Humano e Institucional	63.850,00	0,00	0,00	0,00	0,00	63.850,00	5,80
Parcerias com OSC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Geral	794.450,35	173.856,13	132.408,00	0,00	0,00	1.100.714,48	100%
Valor de Referência - Incentivo	Valor de Referência - Recursos Próprios		Valor de Referência - OSC		Fórmula Infantil		
794.450,35	173.856,13		0,00		0,00		

FONTE: PAM, 2008.

Desta vez a área de Promoção, Prevenção e Proteção, foi dividida em quatro áreas temáticas e 7 metas; recebeu R\$ 512.619,85, (46.57% do total). Entre as ações, estavam comunicação em saúde, eventos para profissionais da SMSC, apoio a ONGs eventos para a população em geral e sensibilização de profissionais da saúde contra o preconceito e a discriminação à doença. Assim como nos anos anteriores, também houve a distribuição de preservativos para a população em geral: foram 2.795.386 preservativos masculinos e 7.264 femininos, com um custo total de R\$ 304.001,00 (CURITIBA, 2008a). Por fim, foram realizadas ações relacionadas aos Direitos Humanos, na tratativa de informar populações vulneráveis e carentes sobre seu direito à saúde pública.

Para a área de Diagnóstico, Tratamento e Assistência foram dadas 5 metas e um montante de R\$ 524.244,63 (47,65% do total). Continuou-se a incrementar o Programa Mãe Curitibana com exames anti-HIV, além de treinamentos para equipes que atuam na ponta do sistema de saúde, conjuntamente com o estabelecimento de metas e métricas de realização de 97% dos exames para HIV coletados no município por meio da Laboratório Municipal: foram realizados 50.637 testes convencionais e 5.999 testes rápidos, além de 157 testes de genotipagem de HIV (CURITIBA, 2008a).

Finalmente, a área Gestão e Desenvolvimento Humano e Institucional, recebeu também 5 metas e um total de R\$ 63.850,00 oriundos do incentivo do PN-DST/AIDS. Os gastos foram dedicados a desenvolvimento científico e tecnológico, vigilância epidemiológica para os casos de HIV/AIDS e gerenciamento de parcerias com OSCs e ONGs. Inclui-se nestes: treinamentos, atualização de sistemas e softwares, e discussões com o intuito de incluir e fortalecer a sociedade civil ao enfrentamento da doença.

De acordo com o Relatório de Gestão da SSMSC 100% das ações do PAM foram executadas em 2008 (CURITIBA, 2008b, p. 37) – o período não apresentou nenhum tipo de alteração significativa para o combate à doença, no entanto. Destaca-se no íterim o intercâmbio de profissionais em missão no Equador voltada a discussões sobre a transmissão vertical do HIV (CURITIBA, 2008).

Além disso, foi publicada a portaria Nº 225, de 19 de novembro de 2008⁴⁷, alterando o valor disponibilizados para a fórmula infantil, fixando-o em R\$ 263.133,00⁴⁸. Ela é relevante, pois desde o início do enfrentamento da doença a proporção de mulheres que contraíam o HIV/AIDS era de uma para cada seis homens; desde 1995 os índices vinham aumentando, até que em 2007 a proporção estava em dois homens para cada mulher infectada, indicando uma pauperização da doença, além de sua disseminação entre pessoas do sexo feminino. (DATA-SUS; PAM, 2008)

⁴⁷ Diário Oficial da União, Seção 1, 19 de novembro de 2008.

⁴⁸ Em um primeiro momento, o valor fora fixado pela Portaria Nº. 2313, de 19 de dezembro de 2002 determinando o valor a ser recebido pelo estado do Paraná em: R\$ 115.412,87. Importante salientar que o manejo deste recurso é feito no âmbito dos estados, e não constam no Plano de Ações e Metas.

O ano de 2009 contém 17 metas gerais elencadas pelo PAM⁴⁹. Curiosamente, no relatório financeiro exposto pelo documento constam exatamente os mesmos valores gerais do ano anterior, incidindo no mesmo valor global para cada categoria e também a mesma porcentagem dos gastos relatados:

TABELA 6 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2009

Áreas de Atuação	Recursos Financeiros a serem aplicados						
	PAM Atual		Saldo do PAM anterior			TOTAL	
	Incentivo	Próprios	Recebido	Aplicação Financeira	Próprios	GERAL	%
Promoção, Prevenção e Proteção	371.619,85	65.000,00	76.000,00	0,00	0,00	512.619,85	46,57
Diagnóstico, Tratamento e Assistência	358.980,50	108.856,13	56.408,00	0,00	0,00	524.244,63	47,63
Gestão e Desenvolvimento Humano e Institucional	63.850,00	0,00	0,00	0,00	0,00	63.850,00	5,80
Parcerias com OSC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Geral	794.450,35	173.856,13	132.408,00	0,00	0,00	1.100.714,48	100%
Valor de Referência - Incentivo	Valor de Referência - Recursos Próprios		Valor de Referência - OSC		Fórmula Infantil		
794.450,35	173.856,13		0,00		0,00		

FONTE: PAM, 2009

Após análise das ações, há recursos que são remanejados na esfera de Gestão e Desenvolvimento Humano e Institucional: a realização de um treinamento a profissionais de saúde em 2008 custou R\$ 16.000,00 – em 2009, o valor foi de R\$ 33.000,00. Outra mudança ocorre no sistema de vigilância epidemiológica da cidade, que em 2008 apresentou um custo de R\$ 20.300,00, diminuindo em 2009, para R\$ 3.300,00. A Área Temática recebeu o montante de R\$ 63.850,00 (5,80% do total). Todo o resto do documento apresenta valores rigorosamente iguais ao ano de 2008. Em relação à execução das metas propostas, Curitiba alcançou 100% das ações propostas para o PAM de 2009. (CURITIBA, 2009, p. 45)

Para as áreas de Promoção, Prevenção e Proteção, continuou-se com os já protocolares incentivos para eventos em datas comemorativas, além de eventos informativos e a sensibilização dos profissionais da prefeitura. Além, é claro, da disponibilização de 3.305.531 preservativos, *folders* e cartilhas para informar a população sobre prevenção, totalizando um gasto de R\$ 512.619,85, (46.57% do total).

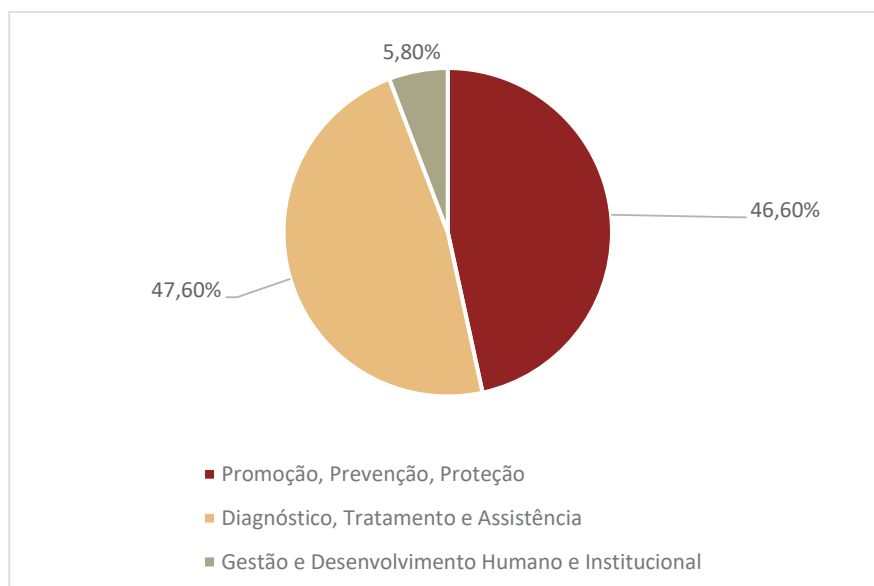
⁴⁹ O Plano de Ações e Metas para o ano de 2009 está presente no Anexo 06 do presente texto.

Para as ações de Diagnóstico, Tratamento e Assistência, há a prevalência de exames pré-natais de acordo com o Protocolo Mãe Curitibana, treinamento de 60 profissionais para o atendimento inicial ao usuário portador de HIV/AIDS em Unidades Básicas de Saúde e realização de 50.733 testes convencionais e 4.744 testes rápidos de HIV por meio do Centro de Orientação e Acolhimento, além da realização de 374 exames de genotipagem.

Representantes do município também participaram no Fórum Latino-Americano e Caribenho de IFTs e Aids, realizado em Lima – Peru. Participaram também na Jornada de Políticas Públicas e Diversidade, realizado em Santa Fé – Argentina. (CURITIBA, 2009a).

A despeito do não recebimento de incentivos externos para a política de HIV/AIDS entre 2008 e 2009, o dispêndio de recursos continua sendo muito similar à série anterior, com despesas totais de R\$ 2.201.428,96. Nota-se para estes dois anos, portanto uma diferença de 1% dos recursos totais entre as áreas de Promoção, Prevenção e Proteção, e Diagnóstico, Tratamento e Assistência, representando um total de 94,20% dos gastos dispendidos e um montante percentual de 5,80% para a área de Gestão e Desenvolvimento Institucional, conforme exposto no gráfico a seguir:

GRÁFICO 4 - EXECUÇÃO DOS INCENTIVOS DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2008 A 2009



FONTE: Elaboração própria com base nos Plano de Ações e Metas de 2008 a 2009.

Desde o início da epidemia, com o primeiro caso diagnosticado em Curitiba em 1984, há um total de 9.851 casos de HIV/AIDS diagnosticado na cidade. Neste sentido, a taxa de incidência (por 100.00 habitantes) do vírus caiu de 42,8 em 2002, para 26,3 em 2008, demonstrando o sucesso da política curitibana de gerenciamento do HIV/AIDS. No ano de 2008 foram notificados 645 casos; em 2009, 563 casos – uma média de 603 infecções por ano no período.

A partir de 2009 começou a ser desenhado outro projeto com aportes do Banco Mundial, previsto para o período de 2010 a 2015, denominado AIDS IV, ou AIDS-SUS, com a perspectiva de expansão das ações de desenvolvimento institucional. É ele que discutiremos no tópico a seguir.

4.2.4 Análise das Ações, Metas e Políticas do Município de Curitiba dentre 2010-2013.

Em maio de 2010 firmou-se o acordo IBRD-7901 com o Banco Mundial. Por meio dele, um novo projeto – AIDS-SUS, ou AIDS IV – foi elaborado conjuntamente com o PN-DST/AIDS, do Ministério da Saúde. O Banco disponibilizou um montante de US\$ 67 milhões, com contrapartida brasileira de US\$ 133 milhões; inicialmente,

sua vigência iria até 2014, mas graças a uma extensão acordada entre as partes durou um ano a mais. Houve, contudo, uma retração financeira que reduziu a participação do banco mundial para US\$ 42 milhões (WORLD BANK, 2016, p. 4-9). O projeto funciona em dois eixos: a) Vigilância, prevenção e controle de IFTs e HIV/AIDS e; b) construir uma governança descentralizada, com capacidade de inovação. A meta é ampliar a capilaridade dos serviços oferecidos por meio de uma gestão descentralizada, além de propor como foco populações-chave: homens que fazem sexo com outros homens, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis –um retorno às práticas e à ontologia sobre o HIV/AIDS adotadas no início da década de 1990.

Curitiba continuou com suas ações programáticas divididas entre as três áreas de atuação no enfrentamento a doença. Como já fora o caso em 2009, os dados financeiros do PAM de 2010⁵⁰ da cidade replicam a execução financeira das ações referentes ao ano anterior:

TABELA 7 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2010

Áreas de Atuação	Recursos Financeiros a serem aplicados						
	PAM Atual		Saldo do PAM anterior			TOTAL	
	Incentivo	Próprios	Recebido	Aplicação Financeira	Próprios	GERAL	%
Promoção, Prevenção e Proteção	371.619,85	65.000,00	76.000,00	0,00	0,00	512.619,85	46,57
Diagnóstico, Tratamento e Assistência	358.980,50	108.856,13	56.408,00	0,00	0,00	524.244,63	47,63
Gestão e Desenvolvimento Humano e Institucional	63.850,00	0,00	0,00	0,00	0,00	63.850,00	5,80
Parcerias com OSC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Geral	794.450,35	173.856,13	132.408,00	0,00	0,00	1.100.714,48	100%

FONTE: PAM, 2010.

Em 2010 houve uma reformulação no modelo de apresentação do PAM: anteriormente, as informações se resumiam às áreas de atuação, áreas temáticas e metas, além do orçamento para alocação de recursos; a partir do ano de 2010, o Plano de Ações e Metas ganha novas categorias, incorporando a descrição e o número específico de cada meta, sua prioridade, uma breve descrição e a descrição quantitativa. Nesta constava o número de eventos a serem realizados; a quantidade de diagnósticos a serem feitos; a porcentagem de testes que são executados no

⁵⁰ O Plano de Ações e Metas do ano de 2010 está exposto no Anexo 07 do presente texto.

laboratório municipal; a quantidade de exames para a detecção de HIV realizados durante o pré-natal etc.

O relatório passa também a incluir uma pergunta ao gestor: “*para quem?*”. Nesse campo, o responsável pelo departamento de IFTs/AIDS da cidade deve preencher o público para o qual as ações serão direcionadas. Muito embora nos relatórios anteriores fosse possível determinar por meio de cada ação as métricas e inferir o público das movimentações, é a partir de 2010 que a questão passa a ser protocolar do responsável político pelas ações da cidade. Ao adicionar mais detalhes na descrição documental, além de promover mais transparência, o documento deixa mais claro o modo de governo da cidade perante o HIV/AIDS.

Assim como a paridade dos recursos financeiros do último ano, Curitiba continua sua agenda na mesma linha: ações de Promoção, Prevenção e Proteção, recebem R\$ 512.619,85 (46.57% do total), dividindo-se em 7 metas categóricas e 24 ações programáticas com o intuito de se efetivar as metas estabelecidas. Entre estas segue-se o mesmo padrão dos anos anteriores, priorizando eventos informativos, palestras tanto para o público-chave quanto para profissionais da SMSC e aumento da cobertura das ações de prevenção para populações mais vulneráveis. Há também a distribuição de material informativo, ações de publicidade e apoio a ONGS. Como de praxe, houve a distribuição de um total de 3.421.604 preservativos masculinos, além de 25.580 preservativos femininos. (CURITIBA, 2010)

Em relação ao Diagnóstico, Tratamento e Assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS, dispendeu-se o montante R\$ 524. 244,63 (47.65% do total) para as 5 metas pré-estabelecidas no PAM, bem como um total de 33 ações. As metas e ações tratam de reduzir a transmissão vertical de HIV/AIDS, com um mínimo de 90% das gestantes utilizando o Programa Mãe Curitibana e testadas pelo protocolo do programa, impulsionar a melhoria da qualidade da atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/AIDS, de maneira a incentivar a adesão aos tratamentos e monitoramentos epidemiológicos, e dispor de espaço físico adequado para realização de diagnóstico, exames e testagens. Também se buscou uma maior taxa de operação das testagens de exames coletados em Curitiba, estabelecendo a meta

de 98% dos testes processados no Laboratório Municipal de Curitiba. Foram efetuados 55.066 testes convencionais e 4.363 testes rápidos para a detecção de HIV/AIDS, além de 358 exames de genotipagem.

Para Gestão, Desenvolvimento Humano e Institucional foram reservados R\$ 63.850,00 (5.80% do total), divididos entre 5 metas e 12 ações programáticas. Buscou-se integrar os profissionais da saúde da cidade em eventos relacionados à IFTs e HIV/AIDS, além de manter atualizadas as bases de dados epidemiológicas e manter treinamentos e seminários sobre a temática, conjuntamente com a busca pelo estabelecimento de parcerias com ONGs, sobretudo as que possuem foco na população-chave.

Por fim, de acordo com o Relatório Anual de Gestão, Curitiba tinha como meta a execução de 95% das metas propostas no PAM – 100% delas foram cumpridas ao final do ano (CURITIBA, 2010b, p. 84). Em 2010 ocorre também a segunda premiação concedida à Secretaria Municipal de Saúde por assuntos relacionados ao HIV/AIDS. A SMSC recebeu do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais, o “Selo Município Mundo – Boas Práticas em Prevenção 2008-2010”, em reconhecimento às iniciativas de prevenção às IFTs na cidade por conta do projeto Ônibus do Adolescente Saudável. Este colocava a sexualidade em destaque para o público infanto-juvenil, promovendo métodos educativos, relações sexuais seguras, atuando na prevenção contra IFTs e HIV/AIDS (CURITIBA, 2010a).

O Plano de Ações e Metas de 2011 novamente repete o padrão de alocação de recursos dos anteriores, conforme demonstra a tabela:

TABELA 8 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2011

Áreas de Atuação	Recursos Financeiros a serem aplicados						
	PAM Atual		Saldo do PAM anterior			TOTAL	
	Incentivo	Próprios	Recebido	Aplicação Financeira	Próprios	GERAL	%
Promoção, Prevenção e Proteção	371.619,85	65.000,00	76.000,00	0,00	0,00	512.619,85	46,57
Diagnóstico, Tratamento e Assistência	358.980,50	108.856,13	56.408,00	0,00	0,00	524.244,63	47,63
Gestão e Desenvolvimento Humano e Institucional	63.850,00	0,00	0,00	0,00	0,00	63.850,00	5,80
Parcerias com OSC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Geral	794.450,35	173.856,13	132.408,00	0,00	0,00	1.100.714,48	100%

FONTE: PAM, 2011.

Mais uma vez, temos R\$ 512.619,85 dedicados ao agrupamento de Promoção, Prevenção e Proteção, com 7 metas globais e 24 ações. Buscou-se manter a continuidade dos programas de prevenção, tanto para a população em geral quanto para aquelas mais vulneráveis. De modo geral, a SMSC manteve as estratégias dos anos anteriores; foram distribuídos 3.512.292 preservativos masculinos e 3.238 preservativos femininos (CURITIBA, 2011a).

A área de Diagnóstico, treinamento e assistência teve orçamento de R\$ 524.244,63 e 5 metas, todas elas em consonância com o PAM anterior, além de 34 ações programáticas. As mudanças se devem a adições de mais etapas protocolares para que se atinjam os objetivos, incluindo: a descentralização do diagnóstico para o HIV, treinamentos sobre IFTs para servidores da SMSC, manutenção do Programa Mãe Curitibana e do Laboratório Municipal de Curitiba. Deste modo, foram realizados 62.390 testes convencionais e 5.107 testes rápidos no COA. Houve também parcerias com o programa municipal Cárie Zero para atendimento de soropositivos. (CURITIBA, 2011a)

A área de Gestão e Desenvolvimento Institucional recebeu o montante de R\$ 63.850,00 para desempenho de 5 metas e 6 ações dedicadas a atender a demandas da OSC sobre treinamentos relacionados ao enfrentamento da doença, além do gerenciamento interno das atividades, articulações com a Fundação de Ação Social e também com a Secretaria Municipal de Educação. Outro ponto é a divulgação do acompanhamento das metas da UNGASS no município, que também consta no ano anterior.

Em 2011 Curitiba executou 95% das metas estabelecidas pelo PAM (CURITIBA, 2011b, p. 97) e recebeu pela Iniciativa Maternidade Segura um prêmio outorgado pela OPAS, em Brasília, no Concurso Nacional de Boas Práticas. Trata-se de parte da estratégia da OMS para estimular o cumprimento de quatro Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para o período de 1990-2015: redução da mortalidade infantil e materna, erradicação da transmissão vertical do vírus do HIV/AIDS e universalização do acesso aos meios de saúde reprodutivo, além da promoção da igualdade de gêneros no escopo da saúde. (CURITIBA, 2011a)

O Plano de Ações e Metas de 2012 muda apenas por conta da adição de uma nova área de atuação: interface e parcerias com OSC:

TABELA 9 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2012

Áreas de Atuação	Recursos Financeiros a serem aplicados						
	PAM Atual		Saldo da PAM anterior			TOTAL	
	Incentivo	Próprios	Recebido	Aplicação Financeira	Próprios	GERAL	%
Promoção, Prevenção e Proteção	371.619,85	65.000,00	76.000,00	0,00	0,00	512.619,85	41,38
Diagnóstico, Tratamento e Assistência	358.980,50	108.856,13	56.408,00	0,00	0,00	524.244,63	42,32
Gestão e Desenvolvimento Humano e Institucional e Pesquisa	63.850,00	0,00	0,00	0,00	0,00	63.850,00	5,15
Interface e Parcerias com OSC	138.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	138.000,00	11,14
Total Geral	932.450,35	173.856,13	132.408,00	0,00	0,00	1.238.714,48	100%

FONTE: PAM, 2012.

A alínea sobre Promoção, Prevenção e Proteção, contabiliza R\$ 512.619,85 (41,38% do total) no enfrentamento ao HIV/AIDS, e é sintetizada em 7⁵¹ metas e 25 ações. Assim como nos anos anteriores, buscou-se a treinar profissionais de saúde, apoio a OSC que trabalham com populações vulneráveis, realizar eventos em datas comemorativas para alertar sobre os riscos de infecção pelas IFTs, e promover eventos e palestras focados no público adolescente. Foram distribuídos 2.996.502 preservativos masculinos e 24.130 preservativos femininos. (CURITIBA, 2012)

Para Diagnóstico, Tratamento e Assistência, o PAM de 2012 apresenta 5 metas⁵² e 35 ações programáticas, efetuadas com um orçamento de R\$ 524.244,63. As metas incluem o treinamento de profissionais de saúde sobre manter um protocolo de atendimento inicial ao Portador de HIV/AIDS e realizar testagem em no mínimo 90% das gestantes do Programa Mãe Curitibana – tanto de sífilis quanto de HIV. Há também a meta de realizar 98% das avaliações de coleta por meio do Laboratório Municipal de Curitiba. Em 2012, havia 108 equipamentos de saúde oferecendo o teste para a detecção de HIV; foram 46.219 testes realizados, entre normais e rápidos. (CURITIBA, 2012)

⁵¹ Apesar do documento apresentar em sua estrutura 10 metas, quatro delas são repetidas, com eixos prioritários diferentes, mas que almejam o mesmo objetivo.

⁵² A meta que inclui treinamentos para profissionais de saúde está duplicada no PAM 2012, contudo, as ações necessárias para sua completude não são correlatas.

A terceira área protocolar do PAM 2012 utilizou R\$ 63.850,00 de recursos, dispostos entre 5 metas e 14 ações. Entre as metas, se concentram apoios às OSC por meio de treinamentos relacionados ao enfrentamento das IFTs e HIV/AIDS, além de treinamentos para profissionais da saúde da rede municipal, atendimento de solicitações nacionais e internacionais sobre a produção de conhecimentos em IFTs e HIV/AIDS e duas metas endógenas sobre a organização dos projetos elencados em todas as áreas.

Por fim, a área de Interface e Parecerias com OSC passa a receber recursos diretamente elencados no PAM para manter Casas de apoio devido à Portaria Nº 2.555, de 28 de outubro de 2011. Anteriormente, repasses para casas de apoio eram efetuados por meio do governo estadual. A cidade recebeu incentivos na ordem de R\$ 138.000,00 para a gestão de uma meta e duas ações, de maneira a realizar o acompanhamento das atividades das Casas de apoio habilitadas pela portaria supracitada.

Desta maneira, Curitiba executou 95% das metas propostas para o PAM de 2012 (CURITIBA, 2012, p. 119). De acordo com Zampier e Kauchakje (2015), o Programa Mãe Curitibana promoveu em 2012 um acompanhamento de 84,5% das gestantes em mais de sete consultas pré-natais no período da gestação, atendendo 17.381 mães na capital paranaense (CURITIBA, 2012). Recebeu nesse ano premiações por Boas Práticas na Iniciativa de Maternidade Segura na América Latina, promovido pela OPAS/OMS, e também o *América Award*, promovido pela CIFAL/UNITAR-ONU, pela redução da Mortalidade Infantil. Estabeleceu-se um intercâmbio de ideais por meio de um convite da OPAS: a Secretaria Municipal de Saúde apresentou a experiência exitosa em um evento ocorrido em El Salvador. (CURITIBA, 2012).

Por fim, o PAM do ano de 2013, possui leves diferenças na execução financeira para as três primeiras áreas de atuação, com aumento do incentivo sobre Interface e Parcerias com OSC, conforme apresenta a tabela:

TABELA 10 - EXECUÇÃO FINANCEIRA DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2013

Áreas de Atuação	Recursos Financeiros a serem aplicados						
	PAM Atual		Saldo da PAM anterior			TOTAL	
	Incentivo	Próprios	Recebido	Aplicação Financeira	Próprios	GERAL	%
Promoção, Prevenção e Proteção	371.619,85	65.000,00	137.628,47	0,00	0,00	574.248,32	39,03
Diagnóstico, Tratamento e Assistência	358.980,50	108.856,13	119.488,31	0,00	0,00	587.324,94	39,92
Gestão e Desenvolvimento Humano e Institucional e Pesquisa	63.850,00	0,00	7.700,00	0,00	0,00	71.550,00	4,86
Interface e Parcerias com OSC	238.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	238.200,00	16,19
Total Geral	1.032.650,35	173.856,13	264.816,78	0,00	0,00	1.471.323,26	100%

FONTE: PAM, 2013.

As ações para Promoção, Prevenção e Proteção somam R\$ 574,248,32, um aumento de 12% em relação aos anos de 2009-2012. Esta área apresenta 7 metas e 25 ações; as metas demonstram o caráter de continuidade da política municipal sobre HIV/AIDS e destacam treinamentos, distribuição de preservativos, trabalhos em conjunto com OSC que visam populações-chave, incluindo a distribuição de preservativos e eventos em datas comemorativas para alertar os cidadãos em geral sobre práticas de sexo seguro, bem como seminários para o público adolescente – houve em 2013 uma ação específica focada em fortalecer o diálogo e alertar para abusos sexuais.

Para a área de Diagnóstico, Tratamento e Assistência foram disponibilizados R\$ 587.324,94 representando também um aumento de 12% dos recursos financeiros empregados nas ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde. Esta área elenca 5 metas e 34 ações e as metas vão desde treinamentos a profissionais de saúde, continuidade do aprimoramento do Programa Mãe Curitibana, manutenção de protocolos de testagem e da efetivação de 98% dos testes por meio do Laboratório Municipal de Saúde. Um marco importante para a política de enfrentamento do HIV se dá pelo índice de transmissão vertical do HIV: não houve um único caso em 2013 (CURITIBA, 2013). Isto se dá pela continuidade do aprimoramento no Programa Mãe Curitibana desde a sua criação, em 1999 – de fato, ao olharmos para as ações específicas para o Programa em 2013, são 31.21% do total de recursos voltados à área.

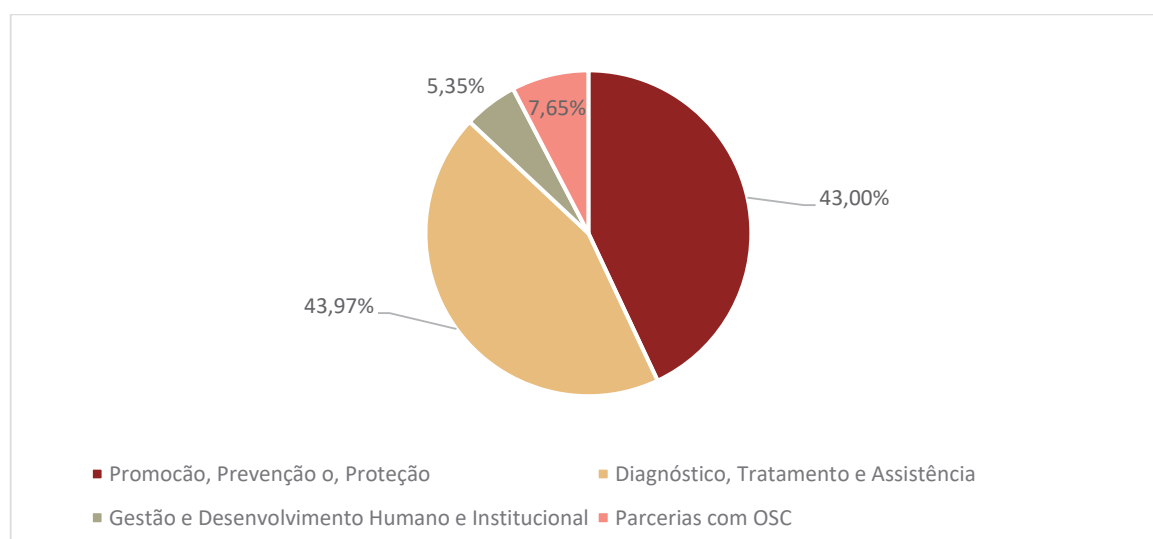
Para o campo de Gestão, Desenvolvimento Humano, Institucional e Pesquisa o Plano de Ações e Metas apresenta um orçamento de R\$ 71.550,00, um crescimento de 12.5% em comparação aos anos anteriores. O aumento se reflete

em 4 objetivos e 14 ações relativas a treinamentos e capacitações em parceria com OSC, manutenção dos sistemas de informação da cidade para o estabelecimento de relatórios e envio de dados para o Ministério da Saúde, financiamento para a participação de gestores e profissionais de saúde em eventos relacionados a IFTs e HIV/AIDS, de modo a produzir conhecimento local sobre as estratégias de gestão e enfrentamento a doença.

Por fim, a Interface e Parcerias com OSC conta com um orçamento de R\$ 238.200,00, um aumento de 72% em relação ao ano anterior. Composta por uma meta e duas ações, o montante total dos recursos se destina a apoiar e prover recursos a Casas de Apoio destinadas aos cuidados com pacientes com HIV/AIDS. Ao que tange à execução de acordo com o Relatório de Gestão da SMSC, o PAM de 2013 terminou com 80% das metas concluídas: 13 das 17. Uma foi parcialmente concluída e três outras não foram realizadas. Mais ações foram realizadas com a intenção de promover qualidade de vida as pessoas vivendo com HIV/AIDS. (CURITIBA, 2013)

No agregado, os anos de 2010 a 2013 receberam um montante de R\$ 4.911.466,70 divididos entre quatro áreas conforme demonstra o gráfico a seguir:

GRÁFICO 5 - EXECUÇÃO DOS INCENTIVOS DO PLANO DE AÇÕES E METAS DE 2010 A 2013

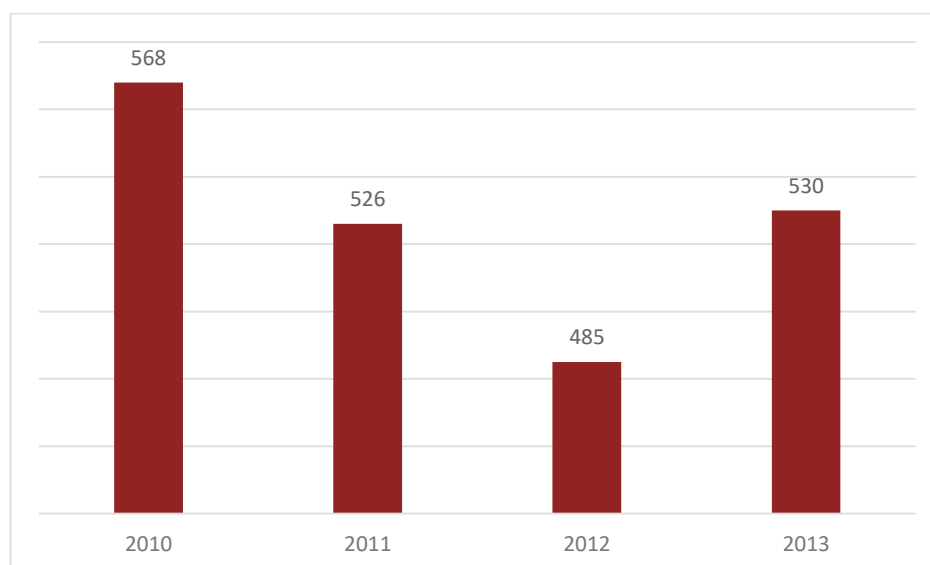


FONTE: Elaboração própria com base nos Plano de Ações e Metas de 2010 a 2013.

Nota-se que a área de Diagnóstico, Tratamento e Assistência foi levemente privilegiada em comparação com os anos anteriores; em seguida temos a área de Promoção, Prevenção e Proteção, com 43% das despesas totais; as Parcerias com OSC contabilizaram 7,65% dos incentivos e, por fim, a área de Gestão concentra 5,35% dos gastos.

Ao fim de 2013, há um total de 11.960 pessoas vivendo com HIV/AIDS em Curitiba, com uma taxa de incidência de 28,9 por 100.000 habitantes. Foram 2.584 óbitos desde o início da propagação da doença, com 2013 representando o pico de óbitos por AIDS em Curitiba com 153 falecimentos. No período de 2010 a 2013 houve 2.109 casos notificados, uma média de 527 casos por ano, conforme aponta o gráfico a seguir:

GRÁFICO 6 - FREQUÊNCIA POR ANO DE DIAGNÓSTICOS POSITIVOS ENTRE 2010 E 2013 NA CIDADE DE CURITIBA



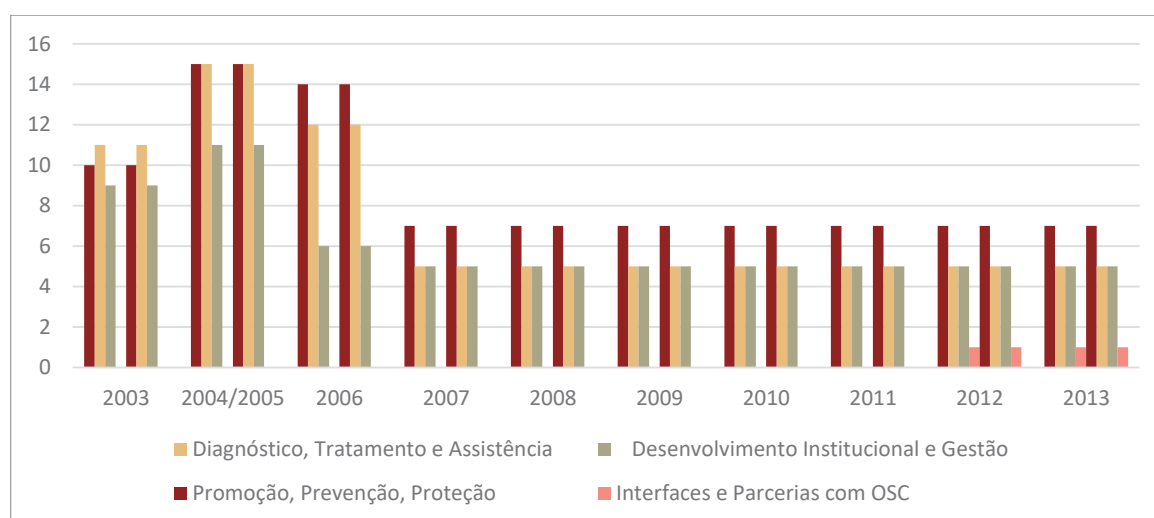
FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

As ações para a contenção do HIV/AIDS no período se concentram com um foco bastante claro: prevenção. Assim, verifica-se adensamento das ações curitibanas com o intuito de promover autocuidado, por meio de palestras e eventos e pela distribuição maciça de preservativos para ambos os sexos. Houve também um incremento no campo laboratorial e de testagem da doença, por meio de

crescimento contínuo de testes oferecidos aos usuários que procuraram o serviço, além de um estímulo ao Programa Mãe Curitibana, que em 2013 já servia de modelo de boas práticas inspirando a criação de programas similares em outras capitais do país⁵³. A Gestão do HIV/AIDS reforça seus laços institucionais com a sociedade civil, promovendo palestras e incentivando uma rede de cuidados para pessoas vivendo com HIV/AIDS, além de estabelecer um sistema descentralizado para o gerenciamento da doença e do doente por via de sistemas protocolares de atendimento. Alia-se, assim, à acumulação de dados e métricas que por sua vez são enviadas ao Ministério da Saúde. Houve também um apoio a populações vulneráveis por meio das Casas de Apoio.

Ao todo, desde o início das ações ancoradas no PAM, de 2003 a 2013 foram contabilizadas 214 metas protagonizadas pela Secretaria de Saúde de Curitiba: 88 na área de Prevenção, Promoção e Proteção, 73 Diagnóstico, Tratamento e Assistência; 52 sobre Gestão e desenvolvimento Institucional e duas sobre Parcerias com OSC, conforme o gráfico abaixo:

GRÁFICO 7 - METAS DO PLANO DE AÇÕES E METAS ESTABELECIDAS PELA SMSC ENTRE 2003 E 2013



Fonte: Elaboração própria com base nos Planos de ações e Metas de 2003 a 2013

⁵³ A iniciativa fora vista enquanto uma inspiração para programas similares no Brasil, tal qual o “Mãe Coruja” em Pernambuco, “Mãe Paulista” em São Paulo, “Mãe Santanense” em Santana do Ipanema, “Mãe Mogiana” em Mogi das Cruzes. Até a iniciativa em nível federal chamado de “Rede Cegonha”, o programa também teve sua abrangência efetuada em todo o território paranaense por meio da Rede Mãe Paranaense. (ZAMPIER E KAUCHAKJE 2015)

Ressalta-se que as metas relatadas são contínuas e retratam a análise documental; não se renovam anualmente, contudo, de maneira que são repetidas e reaplicadas: uma meta apresentada em 2003, como a distribuição de preservativos, é replicada anualmente desde o primeiro ano do PAM, e é representada no gráfico como 10 metas. A Figura VII se torna interessante não pelo seu valor absoluto de metas executadas pela SMSC, mas sim para denotar uma continuidade da política aplicada desde 2003.

O ano de 2013 se diferencia dos outros pela mudança de protocolos no gerenciamento da doença em um nível nacional. Por meio da Portaria GM/MS 1679 de 2002, era necessário elaborar o Plano de Ações e Metas pelos órgãos que recebiam os incentivos do PN-DST/AIDS; a partir da Portaria GM/MS 3.276, de 2013 é que a política nacional de HIV/AIDS muda, pois o PAM deixa de ser produto obrigatório para o recebimento de incentivos. Assim, ocorre uma simplificação em que a Comissão Intergestores Bipartite passa a observar condições como: a) Carga da doença; b) Município de Região Metropolitana; c) Município referência de Região de Saúde; d) Município de população superior a 100.000 habitantes. Além disto, deveria ser apresentado no relatório com o pedido do incentivo: número de casos de AIDS; número de casos de Hepatite B e C e; número de casos de nascituros com Sífilis Congênita.

O que antes ficava a encargo do PAM passa agora a ser publicado por meio da Programação Anual de Saúde. O instrumento para métricas, avaliações e auditoria dos recursos dispendidos utilizado desde o ano 2003 fora descontinuado, ocasionando em um grande decréscimo no número de informações repassadas ao Ministério da Saúde. Deste modo, a partir do ano de 2014 há uma certa lacuna no campo operacional e informativo e se torna impossível descrever e visualizar as ações e práticas do município com clareza, como fora feito a partir dos relatórios disponíveis pela série histórica do Plano de Ações e Metas. Esta mudança foi também alvo de críticas do Banco Mundial (2016), denotando que a mudança teve um impacto negativo na monitoração dos indicadores, ações e metas propostas tanto pelas Secretarias Estaduais de Saúde quanto pelas Secretarias Municipais,

ocasionando na eliminação do Plano de Ações e Metas e estabelecendo um retrocesso no plano de descentralização das ações de enfrentamento ao HIV/AIDS.

4.2.5 Análise das Ações, Metas e Políticas do Município de Curitiba dentre 2014-2015

Em consonância com os anos anteriores, a cidade de Curitiba continuou a receber recursos oriundos da esfera federal por meio de repasses fundo a fundo; Em 2014 a cidade recebeu R\$ 1.136.666,36 divididos entre quatro repasses pelo bloco de Vigilância em Saúde, valor destinado ao incremento das ações de vigilância e prevenção contínua das IFTs/AIDS e Hepatites Virais. No ano de 2015, o montante foi de R\$ 1.239.999,96, repassados em 8 parcelas resultando no valor de R\$ 103.333,33 mensais.

De acordo com a Portaria Nº 1.378, de 9 de julho de 2013, as diretrizes de monitoramento das ações, resultados e demonstrativos totais de recursos para o enfrentamento do HIV/AIDS deveriam estar expressas nos Planos de Saúde municipais, além dos relatórios das Programações Anuais da Saúde, conforme aponta a Seção IV do documento. Contudo, os relatórios da Programação Anual da Saúde para o ano de 2014-2015 não estão disponíveis na página da SMSC.⁵⁴

Desta maneira, recorremos ao Plano Municipal de Saúde de 2014-2017. O relatório é composto por três Eixos: Atenção em Saúde, Gestão em Saúde e Vigilância em Saúde. Os dados fornecidos pelo relatório não possuem o nível de detalhamento dos PAMs e, além disso, não demonstram o orçamento que caberia à pasta da Coordenação Municipal de DST/HIV/AIDS/Hepatites Virais da SMSC.

Para Eixo de Atenção em Saúde encontramos uma ação direta para o enfrentamento do HIV, relativa ao acompanhamento de crianças de mães soropositivas. Sobre o Eixo de Vigilância em Saúde, há outra meta com a estratégia de “definir e implementar a Política de Promoção da Saúde, posicionando-a como tecnologia de governo”, de maneira que disponha de fóruns e incluindo participações “(...) intersetoriais para a elaboração das Políticas Municipais de

⁵⁴ Houve tentativas de se conseguir os documentos, por meio da Coordenação Administrativa da UPA – Boa Vista, Centro de Saúde e Educação da SMSC, além de representantes distritais.

Promoção a Saúde voltadas para a prevenção do uso de álcool e outras drogas, trânsito saudável, saúde do trabalhador e prevenção da violência e DST/AIDS” (CURITIBA, 2014a, p. 179).

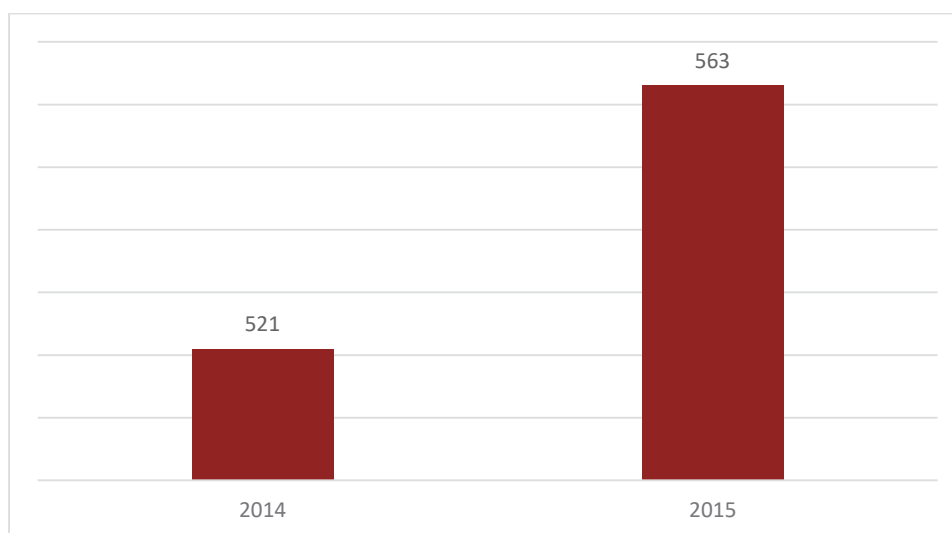
As duas ações são as únicas protocolarmente disponibilizadas ao público por meio dos relatórios da SMSC. Contudo, em 2014, é lançado no Dia Mundial da Luta contra a AIDS, celebrado em 1º de dezembro, o programa “A Hora é Agora – Testar nos Deixa mais Fortes”. Trata-se um programa piloto em conjunto com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), *Center for Disease and Control* (CDC), Universidade Federal do Paraná, Fiocruz, Secretaria Municipal de Saúde, Universidade Federal do Paraná e também do Grupo Dignidade. O serviço é focado na população de homens que fazem sexo com homens, com o intuito de promover um teste rápido – o resultado é disponível em 20 minutos –, além de apresentar uma plataforma online, com total discrição para solicitar a testagem e realizar o teste de maneira sigilosa. No ano de 2015, a cidade implementou um novo Consultório de Rua voltado à população de rua que não contava com consultórios médicos, além de testagens para HIV/AIDS. (CURITIBA, 2014b; CURITIBA 2015)

Outro ponto importante é o compromisso firmado em 2014, na cidade de Paris e em conjunto com a UNAIDS, para erradicar a doença nos próximos 20 anos: estabeleceram-se métricas para o ano de 2020, em que: a) 90% da população que vive com HIV/AIDS deve ter ciência do fato; b) 90% desta população deve estar em tratamento com antirretrovirais; c) 90% desta população deve ter a carga viral indetectável, de maneira que em 2030 a meta seja alcançar 95-95-95 nos três indicadores (CURITIBA, 2014b). No ano subsequente, a cidade foi convidada para realizar um seminário com as ações de diagnóstico precoce do HIV/AIDS e seu controle durante o evento “Ação acelerada nas cidades, trabalhando em conjunto para a transformação social e pelo fim da AIDS”, em Mumbai, Índia. (CURITIBA, 2015)

Outrossim, ações como incremento contínuo no Protocolo do Programa Mãe Curitibana, distribuição de preservativos, testagens, aconselhamentos e eventos de prevenção ao HIV/AIDS foram mantidos na cidade, de maneira que nos anos de

2014 e 2015 Curitiba teve um agregado de 1.084 casos, conforme demonstra o gráfico a seguir:

GRÁFICO 8 - FREQUÊNCIA POR ANO DE DIAGNÓSTICOS POSITIVOS ENTRE 2014 E 2015 NA CIDADE DE CURITIBA.



FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

Os dados para o período indicam 13.042 pessoas diagnosticadas com AIDS até o ano de 2015, com uma taxa de incidência de 30,0 por 100.000 habitantes, contabilizando 116 óbitos no ano. Outro ponto interessante é a retomada das políticas orientadas para a população de homens que fazem sexo com homens e para homens homossexuais. No período de 2004-2010, observava-se uma maior pauperização da doença, além de um avanço do contágio entre o sexo feminino, chegando em 2010 a uma taxa de detecção de 20,6 por 100.000 habitantes; a partir de 2011 esse número decresce até a marca de 15,7 por 100.000 habitantes. Por outro lado, em 2015, a taxa de detecção em homens chega a seu pico com a detecção de 45,7 casos por 100.000 habitantes – 39,9% dos casos em homens declaradamente homossexuais, 4,3% em bissexuais e 31,8% em homens heterossexuais.

Estes dados epidemiológicos explicam o retorno de políticas orientadas para a população masculina que mantém relações sexuais com o mesmo sexo: isto impulsiona o programa “A Hora é Agora – Testar nos Deixa mais Fortes”, indicando

mudanças tanto no modo de lidar com os índices de contaminação quanto no modo de enxergar a doença como proveniente de uma população com comportamentos sexuais desviantes ao *ethos* curitibano.

O ano de 2015 também demarca o fim dos empréstimos em âmbito nacional para as ações relativas ao enfrentamento do HIV/AIDS. No município, as ações desenvolvidas por meio dos incentivos delegados entre 2010-2015 deram maior visibilidade às OSCS, além da promoção contínua de ações focadas em Prevenção, Promoção e Proteção e um incremento na capacidade de diagnósticos e tratamentos, além da consolidação de Curitiba como uma cidade modelo tanto pela eliminação vertical do HIV/AIDS no ano de 2013 quanto pelo início de práticas e tecnologias inovadoras de diagnóstico e prevenção ao HIV/AIDS – é o caso do Programa A Hora é Agora. Incidindo em um maior êxito no combate à doença, sobretudo se comparada a outras cidades do Sul do Brasil como Florianópolis e Porto Alegre.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS (BRASIL, 2015, p. 26), Curitiba se encontra na 18ª posição dentre as capitais brasileiras no ranking de taxa de detecção (por 100.000 hab.); Porto Alegre está na 1ª posição, demonstrando a taxa de detecção mais alta entre as capitais brasileiras, seguida de Florianópolis, ocupando a 5ª posição.

Delineado o estado das ações de enfrentamento do HIV/AIDS e o momento da luta contra o HIV/AIDS em Curitiba no período, passamos agora a última série histórica da cidade, dando ênfase às ações, metas e políticas da cidade para os anos de 2016-2020.

4.2.6 Análise das Ações, Metas e Políticas do Município de Curitiba entre 2016-2020

Os repasses de caráter fundo a fundo continuaram a ser encaminhados para Curitiba, por meio da política nacional de incremento as ações de prevenção e vigilância das IFTs/AIDS e Hepatites Virais. Entre 2016 e 2020, houve repasses mensais no valor de R\$ 103.333,33, totalizando um valor anual de R\$ 1.239.999,96.

As ações realizadas nos anos de 2016 e 2017 seguem a mesma linha dos anos de 2014 e 2015. Ao avaliarmos os relatórios da Programação Anual da Saúde do município são encontradas as mesmas duas ações do período 2014-2017, relativas a avaliações e acompanhamento de 100% das crianças menores de 6 meses filhas de mães soropositivas, além da participação intersetorial para a elaboração de Políticas Municipais de Promoção à Saúde. (CURITIBA, 2016; 2017a)

Em março de 2017, criou-se a Assessoria da Diversidade Sexual, responsável por seis ações voltadas à melhoria da qualidade de vida da população LGBT. Entre elas estão a campanha de cunho educativo “Amar é”, lançada em 2019 com o intuito de combater a transmissão do HIV em conjunto com a SMSC e a campanha “HSH Jovem”, que busca prevenir o alastramento do HIV/AIDS e outras doenças entre o público LGBT. Outro ponto importante é a certificação recebida pelo Ministério da Saúde por ser o primeiro município do Brasil a eliminar a transmissão vertical (CURITIBA, 2017b; 2019b).

Curitiba sedia em 2017 o 11º Congresso de HIV/AIDS e o 4º Congresso de Hepatites Virais, contando com cerca de 4.000 participantes entre cientistas, ativistas, gestores e profissionais de saúde de âmbito nacional e internacional. O Congresso teve como tema central “Prevenção combinada: multiplicando escolhas”, e celebrou o lançamento de novos protocolos clínicos para a prevenção e tratamento de HIV/AIDS em âmbito nacional⁵⁵ (CURITIBA, 2017b). O ano foi marcado também pelo início da distribuição da PrEP: Curitiba é uma das dez cidades piloto do Brasil na distribuição da medicação para populações-chave.

Para o período 2018-2020, de acordo com as Programações Anuais de Saúde, Curitiba apresentou 5 ações anuais. A primeira delas é a realização de tratamento antirretroviral para 90% da população diagnosticada com HIV, seguida pela manutenção de 90% dos soropositivos diagnosticados em tratamento antirretroviral com carga viral indetectável. As metas fazem parte do compromisso

⁵⁵ A Prevenção Combinada propõe o uso em paralelo de diferentes abordagens para a prevenção do HIV/AIDS. De maneira que propõe “intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações que levem em consideração suas necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus” (BRASIL, 2017b). Esta política será abordada com mais afinco neste texto.

firmado em Paris no ano de 2014, que estabeleceram o 90-90-90 em parceria com a UNAIDS.

No relatório da Programação de Saúde de 2018, demonstra-se que 70% da população que possuía HIV tinha ciência do fato e, entre estes, 75% detinham a carga viral suprimida. Em 2019 e 2020 o relatório não apresenta nenhum tipo de estatística para estes dados. Sabe-se que em nível nacional, no entanto, os objetivos foram frustrados. A cidade de Curitiba também não alcançou os resultados das metas, ainda que não haja nenhuma menção específica sobre a meta nos Planos de Saúde do município – apenas um breve relato no Relatório Epidemiológico do ano de 2020. Nele, lê-se que Curitiba assumiu um compromisso “importante e ousado: controlar a epidemia de HIV/AIDS de forma a impactar na transmissão do vírus em nível populacional” (CURITIBA, 2018; 2019b; CURITIBA, 2020a; CURITIBA, 2020b).

A terceira ação apresentada nos relatórios da Programação Anual da Saúde nos anos de 2017-2020 prevê a implementação e manutenção de um Comitê de transmissão vertical de HIV e sífilis. A quarta diz respeito ao prosseguimento das ações continuadas de prevenção para IFTs/HIV/AIDS por meio de estratégias de comunicação, com foco na população vulnerável que concentra jovens, população em situação de rua, profissionais do sexo, homens que fazem sexo com outros homens e travestis e transexuais. Por fim, há uma meta sobre a elaboração do relatório epidemiológico para os anos de 2019 e 2020. (CURITIBA, 2018, 2019b, 2020b)

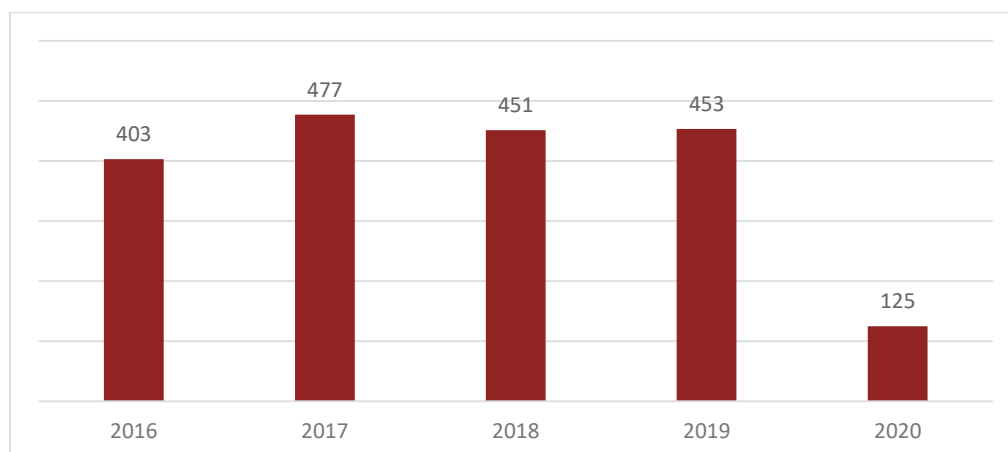
Para além das informações obtidas pelos relatórios da Programação Anual da Saúde, representantes da cidade fizeram uma palestra no Workshop Regional Latino-Americano e Caribenho – *IAPPAC – International Association of Providers of AIDS Care* na cidade de Buenos Aires em 2018, com o intuito de demonstrar as ações da cidade para atingir os objetivos da meta 90-90-90. (CURITIBA, 2018b)

Em dezembro de 2018, houve a implementação da clínica e-COA, viabilizando mais uma opção de atendimento, diagnóstico e tratamento para HIV/AIDS e IFTs, funcionando em horários alternativos e com foco em homens que fazem sexo com outros homens. Os serviços desenvolvidos pelo e-COA incluem o

diagnóstico rápido para HIV, hepatites B e C, clamídia, gonorreia e sífilis. Há também a oferta de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), conjuntamente com um serviço onde se estabelece um link, em que um profissional acompanha o início do tratamento do paciente, fornecendo suporte técnico e emocional. A clínica é uma parceria entre um acordo de cooperação entre a Fundação Oswaldo Cruz, o *Center for Disease and Control*, em parceria com o Ministério da Saúde e com a Secretaria de Saúde de Curitiba (2018d). Outro ponto importante, foi o projeto “Mosaico”, financiado pela farmacêutica Janssen, busca elaborar uma vacina para o vírus do HIV, sendo Curitiba, uma das cinco capitais brasileiras que estão participando na terceira fase de testes, conjuntamente com Belo Horizonte, São Paulo, Rio de Janeiro e Manaus.

Estabelecidas as ações para este período, Curitiba termina o decênio com um total de 14.951 casos de AIDS notificados ao Sistema Nacional de Atendimento Médico (SINAN). De modo que, de 2016 a 2020, os índices apresentaram um avanço significativo no número de casos:

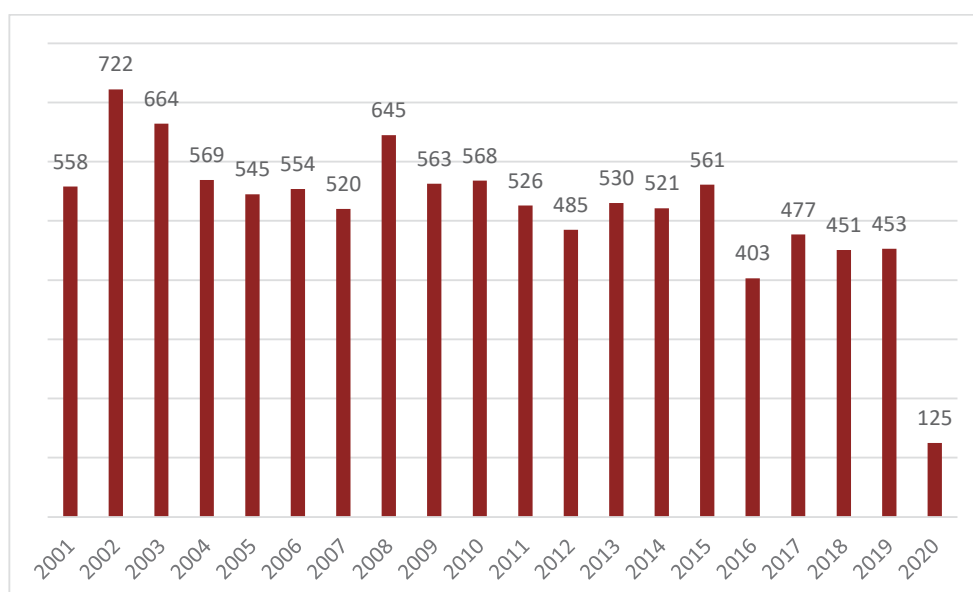
GRÁFICO 9 - FREQUÊNCIA POR ANO DE DIAGNÓSTICOS POSITIVOS ENTRE 2016 A 2020 NA CIDADE DE CURITIBA



FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

Em nossa análise, entre os anos de 2001 e 2020, foram contabilizados um total de 10.440 casos de AIDS em Curitiba, conforme aponta o gráfico a seguir:

GRÁFICO 10 - FREQUÊNCIA POR ANO DE DIAGNÓSTICOS POSITIVOS ENTRE 2001 A 2020 NA CIDADE DE CURITIBA



FONTE: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

O gráfico apresenta um total de 7.081 casos no sexo masculino e 3.359 para o sexo feminino. Nota-se uma média de diagnósticos de 522 casos/ano de AIDS, com um pico instituído em 2002, quando da assinatura da GM/MS 1679 de 2002, consolidando o PAM como uma política de incentivos de cunho nacional, demarcada pelos estados e municípios. Durante as ações de prevenção instituídas entre 2004 e 2007 houve uma estabilização dos casos, com ações focadas em prevenção como eventos comemorativos, palestras, e distribuição de preservativos, além de um melhor gerenciamento da rede de serviços para HIV/AIDS oferecidos em Curitiba.

O ano de 2008 apresenta outro ponto de aumento dos diagnósticos positivos, mesmo com as ações continuadas de prevenção da Secretaria Municipal de Saúde, seguido de uma desaceleração em 2009, mantendo os quadros de AIDS estáveis até o fim do AIDS-SUS, em 2015. É a partir de 2016 que há redução em tendência acentuada, passando de uma média de 538 casos por ano entre 2010 e 2015 para 381 entre 2016 e 2020, com o número de casos em 2020 em menor número para essa série histórica. Isto pode ser explicado pelo início da distribuição da PreP em

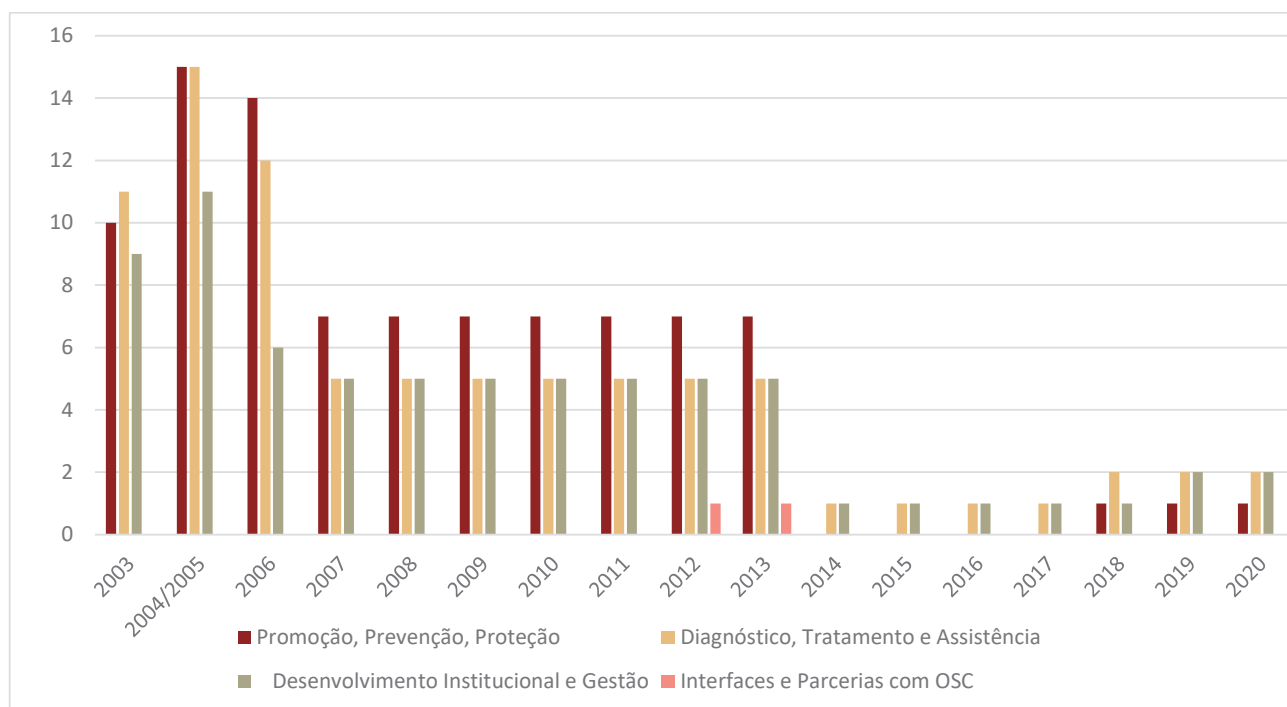
2017 e pelas ações de prevenção combinada, além de um maior número de testagens efetuadas tanto graças à atuação do COA quanto, posteriormente, da clínica e-COA, focada em grupos-chaves e funcionando em horários alternativos.

Além disso, a facilidade de obtenção do teste por meio do projeto piloto “A Hora é Agora” pode indicar a queda nos casos diagnosticados neste período. Especificamente sobre o ano de 2020, nota-se uma queda brusca de 72.4% nos casos de AIDS com relação ao ano de 2019, uma hipótese a ser levantada se dá justamente pela queda no número de testagens por conta da pandemia de Sars-CoV-2 iniciada no primeiro trimestre de 2020. Infere-se em um primeiro momento que os usuários do SUS deixaram de procurar o COA, a clínica e-COA e também as UBS, por receio de contrair o COVID-19. Contudo, não há dados disponíveis indicando o número de testagens para HIV/AIDS nos relatórios municipais para confirmarmos esta hipótese.

Interessante frisar que, apesar destes produtos serem estabelecidos como meio de diagnóstico, as ações propostas como testagens rápidas e identificação de maneira ágil e eficaz tanto do HIV quanto da AIDS são também um alicerce de prevenção: a partir do diagnóstico positivo e início do tratamento, o indivíduo sabe que possui o vírus. Se estabelecido o protocolo de cuidados conjuntamente com o início da medicação, conjuntamente com a adoção de práticas sexuais seguras, o sujeito deixa de ser um vetor de transmissão. Caso os resultados indiquem um resultando negativo, faz parte da abordagem destas instituições alertar e condicionar o cidadão testado a adotar práticas que minimizem o risco de infecção pela doença.

Com base nos Planos de ações e Metas de 2003 a 2013, Plano Anual de Saúde 2014-2017 e Programações Anuais da Saúde de 2016-2020, foram elencadas 245 metas relativas às IFTs/HIV/AIDS: 90 sobre Promoção, Prevenção e Proteção; 83 de Diagnóstico, Tratamento e Assistência; 70 relativas a Desenvolvimento Institucional e Gestão e 2 metas para Interfaces e Parcerias com OSC, conforme demonstra o gráfico a seguir:

GRÁFICO 11 - METAS ESTABELECIDAS PARA O ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS ENTRE 2003-2020



FONTE: Elaboração própria com base nos Planos de ações e Metas de 2003 a 2013, Plano Anual de Saúde 2014-2017 e Programações Anuais da Saúde de 2016-2020.

A consolidação das metas de enfrentamento para o HIV/AIDS em Curitiba durante o período de 2003-2020 apresenta uma configuração estável e sem nenhum tipo de mudança abrupta nas metas e objetivos elencados. A partir das ações estabelecidas em 2003, ainda sobre a vigência de AIDS II, vemos a cristalização de metas equânimes sobre os três polos de atuação do Programa; em 2007, são estabelecidas condições gerais para a política replicadas até o fim da série histórica do PAM, em 2013. Instituem-se as mesmas metas globais entre os polos de: Promoção, Prevenção e Proteção, Desenvolvimento Institucional e Gestão, além do Diagnóstico, Tratamento e Assistência; houve uma pequena mudança por meio das Parcerias com OSC, onde foram incluídas metas específicas para lidar com a sociedade civil. A partir de 2014, com o fim do PAM, recaímos ao Plano Municipal de Saúde 2014-2017, onde as metas estabelecidas são bastante discretas, para posteriormente analisarmos as Programações de Saúde – que, de modo geral, apresentam informações semelhantes.

4.3 Considerações Finais do Capítulo

O intuito deste capítulo foi descrever e elencar as ações e metas elaboradas por Curitiba durante o período de 2001-2020, de modo que transcorrido estes vinte anos de políticas públicas direcionadas ao enfrentamento do HIV/AIDS é possível tirarmos algumas conclusões parciais. A política de HIV/AIDS se apresenta enquanto uma política efetiva e estável. Por meio dos materiais analisados, é possível notar o tom contínuo das ações e metas estabelecidas em três enfoques primários: Prevenção, Diagnóstico e Desenvolvimento Institucional. A cidade recebeu recursos regulares em todo o período analisado, por meio de repasses fundo a fundo provenientes do Governo Federal.

Curitiba seguiu o Programa Nacional de IFST's/HIV-AIDS, no que tange seus protocolos de atuação, sobretudo na elaboração dos Planos de Ações e Metas. Como visto, estabelecido em três áreas centrais, o plano nacional servia enquanto uma “bússola” para orientar tanto o modo em que a política era pensada, quanto as ações que seriam tomadas em decorrência da doença. Neste ponto, apesar de haver autonomia da cidade para elencar e distribuir suas propriedades, havia um monitoramento contínuo de instâncias superiores, sobretudo pela forma de elaboração dos PAMs, que era tido enquanto um dos requisitos básicos para se manter os incentivos até 2013. Desta maneira, foi possível observar um manejo político sem nenhum tipo de alteração abrupta. Os próprios acordos firmados entre o Brasil e o Banco Mundial estabeleceram a continuidade das ações que foram propostas, sobretudo durante o AIDS II e AIDS III.

Houve um período de consolidação das ações e metas entre 2003-2006 sendo o período onde mais metas foram incluídas ao PAM. Partindo de 2007 até 2013 nota-se um viés de saturação nas iniciativas reportadas, de maneira que as ações e metas permanecem basicamente as mesmas. Em 2014, como visto, há uma mudança no mecanismo de repasse em âmbito federal, de modo que só se fazia necessário a alimentação das bases de dados sobre a doença, ocasionando no fim da transparência sobre as políticas municipais. Vale destacar a maneira pela qual os dados são descentralizados em meio a diversos relatórios tanto da

Secretária Municipal da Saúde, quanto dos Relatórios de Gestão Municipal, até dados epidemiológicos que são disponibilizados pela esfera federal.

Outro ponto que vale ser destacado é: muito embora, a política sobre HIV/AIDS seja uma política executada na capilaridade do SUS, há uma complementariedade entre as esferas do governo, desde a seara internacional, até o prisma local. As políticas locais são guiadas pelo Plano Nacional de DST/HIV-AIDS que, por sua vez, se tornam possíveis por meio dos acordos de empréstimos entre o Brasil e o Banco Mundial. Neste ínterim, se deu a criação da política de incentivos, com o intuito de descentralizar a rede de serviços do SUS. Contudo, a partir de 2013 os recursos também devem deter aprovação da Comissão Intergestora Bipartite, delimitando em âmbito estadual os municípios que terão acesso aos recursos. Portanto, trata-se de fato de uma política complexa, envolvendo diversas instâncias decisórias, atuando na capilaridade para uma população específica.

Houve, também, a consolidação de metas globais para problemas locais, como é o caso da do acordo de Paris, assinada em 2014 por Curitiba, instituindo a meta 90-90-90. Objetivo que não fora cumprido, nem na esfera nacional, tampouco por Curitiba. Este ponto se torna interessante, visto que a Declaração de Paris em seu âmago institui uma racionalidade que abrange tanto o tratamento, quanto a prevenção ao HIV/AIDS, legitimando Curitiba enquanto uma cidade que se insere na arena internacional e que atende as “boas-práticas”. Por outro lado, reflete, também, a falha diante do diagnóstico e tratamento da doença, evidenciando uma preocupação maior dos agentes políticos na prevenção do HIV/AIDS.

As metas não foram cumpridas no âmbito nacional, tampouco no âmbito municipal e isto se torna visível pelo caráter das políticas de prevenção adotadas, de maneira que quantitativamente são sempre superiores as demais, indicando, mesmo que de maneira superficial, uma racionalidade segundo a qual incentivos nesta área se tornam mais profícuos para lidar com a doença.

Apesar disto, Curitiba se distingue por meio de iniciativas inovadoras sobre o HIV/AIDS. Isto fica bastante evidente, por meio da série de outorgas e premiações obtidas pela cidade. Desde 2001 Curitiba conta com quatro premiações específicas

sobre HIV/AIDS. O primeiro programa que vale ser mencionado é o Mãe Curitibana que promoveu a circulação do saber técnico curitibano, por meio de delegações internacionais que vieram conhecer o programa, além de palestras e workshops conferidos em âmbito nacional e internacional sobre o tema.

O segundo se apresenta por meio do Programa “A Hora é Agora”, facilitando o acesso à testagem para o público de homens que fazem sexo com outros homens, indicando uma racionalidade perante a doença que remete à primeira fase de políticas públicas orientadas para o HIV/AIDS no início dos anos 1990, onde detém como parceiros órgãos como o *Center For Disease and Control* e também a UNAIDS.

A terceira política que vale ser destacada é a de Prevenção Combinada, que se propõe a unir diversas tecnologias, tanto de testagem quanto de prevenção para mitigar a propagação de HIV/AIDS em âmbito nacional. Vale destacar que Curitiba foi escolhida para ser a cidade teste de um dos componentes deste tipo de abordagem: a PreP, instituída em 2017 na cidade, sendo posteriormente ofertada em todo o território nacional.

O último fator de destaque da política curitibana é a operacionalizada pelas equipes do COA e do e-COA. Instituídos por meio de duas clínicas em horários alternados e com equipes multidisciplinares, ambos os serviços promovem o suporte, orientação, acolhimento, apoio psicológico, consultas médicas além de orientações sobre como utilizar a rede de serviços do SUS, tornando-se a porta de entrada para pacientes diagnosticados com HIV/AIDS.

Neste sentido, o próximo e último capítulo da tese, far-se-á uma análise de maneira crítica sobre o modo pelo qual foram conduzidas as políticas de HIV/AIDS na cidade, com o intuito de identificar elementos disciplinares, biopolíticas e de vigilância pelo modo pelo qual as metas e políticas da cidade foram conduzidas. De maneira que identificados estes mecanismos, busca-se compreender se há de fato uma governamentalidade partindo de instituições internacionais regendo a forma com que Curitiba delineia e efetiva suas ações sobre HIV/AIDS.

5. DO GLOBAL AO LOCAL: DE INSTITUIÇÕES INTERNACIONAIS À CURITIBA

Delineada as metas e ações referentes ao HIV/AIDS no capítulo anterior, a intenção deste capítulo é abordar de forma crítica tais ações, munidas de um referencial teórico foucaultiano. Para atingir o objetivo desta tese, pretende-se compreender de que maneira o conceito de governamentalidade opera na cidade de Curitiba. Para tal, serão analisadas de forma breve as ações e políticas mais relevantes no enfrentamento ao HIV/AIDS na cidade. Também, faremos um regresso às tecnologias de poder expressas no segundo capítulo da presente tese, com o intuito de delimitarmos como tais políticas recaem em prismas do governo da conduta, do modelo disciplinar e também se capilarizam por um viés biopolítico.

Neste sentido, iniciaremos o capítulo delimitando a construção imagética da cidade de Curitiba, pautada por um reconhecimento e por um *ethos* que a insere dentro de um mercado de cidade de “boas-práticas”, promovendo a cidade enquanto um polo de ações políticas bem-sucedidas, aliadas a uma expertise burocrática e técnica.

Em um segundo momento, tratamos como a racionalidade sobre o HIV/AIDS foi construída, além de tecermos alguns comentários sobre como as ações políticas apresentam seu domínio disciplinar e biopolítico, por meio das ações da cidade, recaindo sobre a população que vive com HIV/AIDS. Este ponto se torna fundamental, pois demonstra a capilarização das ações relatadas no terceiro capítulo por um viés foucaultiano.

Após isto, tentamos compreender de que maneira o Banco Mundial e a UNAIDS possuem ingerência na construção da racionalidade que permeia o HIV/AIDS em um aspecto nacional, recaindo sobre as políticas e ações curitibanas, por meio de uma normalização das ações adotadas durante os últimos vinte anos.

Por fim, são feitos alguns comentários sobre as principais políticas públicas já instaladas e reconhecidas nacionalmente e internacionalmente em Curitiba, como o Programa A Hora é Agora, Mãe Curitibana e o COA/e-Coa.

5.1 Curitiba enquanto cidade imagem e modelo

Na perspectiva de Sanchez (2001, p. 31), a cidade de Curitiba faz parte de um pequeno grupo de cidades construídas e chamadas de “cidades-modelo” que se constituem enquanto “imagens de marca construídas pela ação combinada de governos locais, junto a atores hegemônicos com interesses localizados, agências multilaterais e redes mundiais de cidades”. De maneira que estas cidades se inserem na arena política de maneira global, tanto por meio da construção imagética da cidade, quanto por meio de discursividades que a dotam de legitimidade em searas de seu interesse.

Conforme afirma Sanchez (2001, p. 31), quando defrontadas de maneira isolada, a figura da “cidade-modelo” é vista enquanto um polo que se utiliza de uma modelagem institucional eficaz, com bons gestores e que destacam seus resultados apenas enquanto “boas práticas”, destacando o caráter de excelência da gestão e das políticas públicas adotadas pela mesma. Ainda de acordo com a autora, o caso de Curitiba se torna interessante pois é possível compreender como se apresenta esta estratégia para além dos atores locais, evidenciando práticas institucionais e de circulação de ideias em um nível epistêmico que pode variar do global ao local.

Curitiba também chama atenção por conta de vários prêmios outorgados à sua gestão municipal, em áreas como: economia, gestão urbana e sustentabilidade. No que se refere às políticas públicas sobre HIV/AIDS o município conta com três premiações durante o período analisado. A primeira premiação ocorre em 2010 e se dá pelo "Selo Município Mundo - Boas Práticas de Prevenção 2008-2010" que se sustenta enquanto um reconhecimento às iniciativas de prevenção e educação contra IFTs e HIV/AIDS na rede de atenção à saúde e educação. Essa premiação foi outorgada pelo Ministério da Saúde. A segunda ocorre em 2011 por meio do “Concurso Nacional de Boas Práticas”, tendo como vencedor o Programa “Mãe Curitibana” pelo cumprimento de quatro dos dez Objetivos do Milênio, a saber: redução da mortalidade infantil e materna além da transmissão vertical da aids e a universalização do acesso aos meios de saúde reprodutiva e igualdade de gênero. O prêmio foi promovido pela Organização Pan-Americana de Saúde, e a outorga permitiu a Curitiba representar o Brasil na etapa continental do concurso, ocorrida

em Washington. A terceira premiação ocorreu em 2017, por meio do Ministério da Saúde à Curitiba por este ser o primeiro município brasileiro a acabar com a transmissão vertical do HIV.

Por conta da expertise construída pela cidade e também pela sua ampla divulgação de questões sistematicamente relevantes a temas sensíveis, a cidade de Curitiba se insere tanto em um mercado global de “boas práticas”, quanto em um mercado de consultoria, gestão e planejamento de políticas públicas. O primeiro deles é pautado por meio de cartilhas, manifestos e regulações. A segunda se apresenta enquanto uma promoção de práticas de sucesso, podendo ser efetuadas desde discursos de atores locais, como prefeitos e especialistas internacionais que apresentam algum caso bem-sucedido em determinada arena. (SANCHEZ, 2001, p. 33)

Em ambas as sistemáticas, Curitiba se demonstra presente visto que a cidade é compreendida enquanto um exemplo a ser seguido no que tange a infecção por HIV/AIDS. A cidade foi convidada a apresentar um seminário em 2004 na Califórnia, por meio da *National Alliance of State and Territorial AIDS* (NASTAD). No ano de 2009, participou da Jornada de Políticas Públicas e Diversidade, idealizada pelo Fórum Latino Americano e Carinho de IFTs e Aids no Peru. Em 2015 participou do seminário: "Ação acelerada nas cidades, trabalhando em conjunto para transformação social e pelo fim da AIDS" em Mumbai, para tratar de práticas exitosas sobre os objetivos dos 90-90-90. Em 2017 sediou o 11º Congresso de HIV/AIDS e 4º Congresso de Hepatites Virais, contando com 4.000 mil participantes, sobretudo de pesquisadores internacionais; e em 2018 foram apresentadas ações do município para o alcance das metas 90-90-90 no Workshop Regional Latino Americano e Caribenho da *International Association of Providers of AIDS Care* (IAPAC) em Buenos Aires.

Tanto os prêmios quanto as participações nestes seminários destacam o papel da cidade de Curitiba, não apenas no âmbito nacional, mas também enquanto um exemplo a ser considerado mundialmente. Além de ser vista enquanto uma cidade de vanguarda na saúde pública, é também um exemplo de como a mesma está inserida em um panorama global. Em 2012, o então prefeito Luciano Ducci foi à

OMS apresentar o programa Mãe Curitibana, formulado em 1999, com o intuito de difundir as práticas adotadas e apresentar a maneira pela qual a transmissão vertical fora erradicada. Como visto no capítulo anterior, a cidade recebeu delegações internacionais com o intuito de conhecer a política curitibana no enfrentamento ao HIV/AIDS.

Curitiba também faz parte da iniciativa *Fast-Track Cities* que consiste em uma parceria entre cidades ao redor do mundo, conjuntamente com quatro parceiros estratégicos – IAPAC, UNAIDS, Programa das Nações Unidas para Assentamentos (UN-HABITAT) e a cidade de Paris, com o foco na realização da meta 90-90-90, de modo que a cidade ratificou o documento em 2014, em conjunto com mais quatro cidades brasileiras, sendo elas: Brasília, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo. Meta esta, que como vimos, não foi alcançada.

A cidade também foi colocada em evidência de maneira global pelo programa “A Hora é Agora”, por meio do relatório da UNAIDS (2019) enquanto um meio prático e eficiente de testagem, possuindo alcance a pessoas que nunca tiveram contato com qualquer tipo de triagem para a detecção do vírus, ou realizaram testes. De maneira que, entre os anos de 2017-2019 houve a demanda de mais de 7300 kits para a auto testagem, sendo que 31% destes, nunca haviam realizado um teste, sendo expandido para as cidades de: São Paulo, Campo Grande e Florianópolis. Paralelamente, a Cidade foi escolhida enquanto um dos primeiros 22 municípios brasileiros a iniciarem a PreP, no final de 2017 tendo como público chave a parcela da população considerada enquanto grupo de risco, sendo distribuído pelo COA em Curitiba.

Este conjunto de diretrizes adotadas pela cidade estão em consonância com a perspectiva de que Curitiba é uma “cidade-modelo”, sendo pioneira em modelagens institucionais e promovendo uma maior visibilidade para as questões relativas ao HIV/AIDS, fomentando o mercado de “boas práticas” na saúde. Isto se torna interessante, pois, conforme afirma Salles (2016, p. 118), analisando questões relativas aos empréstimos efetuados pelo Banco Mundial, eles não estão atrelados somente aos recursos financeiros despendidos, mas também a uma expertise, no que o Banco acredita ser o melhor modo de alocar seus recursos, conjuntamente

com políticas que estão de acordo com a racionalidade do Banco. Isso se torna relevante, visto que as ações excepcionais da cidade no enfrentamento à doença são tidas enquanto práticas inovadoras e possuem validação internacional. Seja por meio de premiações recebidas (Mãe Curitibana), parcerias com a UNAIDS (AHA e *Fast Track Cities*), apoio do CDC (e-COA), fazendo com que Curitiba seja compreendida enquanto um exemplo de sucesso nesta temática. De modo que haja uma racionalidade específica que cerceia as ações sobre o enfrentamento do HIV/AIDS em Curitiba, de maneira que se apresente iniciativas de cooperação e controle por intermédio tanto do governo federal, quanto em uma escala internacional.

5.2 A racionalidade e o governo do HIV/AIDS em Curitiba

A consolidação de técnicas e mecanismos para o enfrentamento do HIV/AIDS em Curitiba, certamente perpassa pelo meio em que a doença foi e ainda é compreendida em círculos epistêmicos que foram delineados desde instituições multilaterais, até o âmbito local. Perpassando por uma racionalidade, que induz o funcionamento de instituições disciplinares, em conjunto com uma matriz de vigilância constante dos assim chamados “grupos-chave”, além dos indivíduos que já contraíram a doença. Conforme afirma Freire (2019, p. 195) “a organização do domínio médico jurídico da sexualidade, traz em seu bojo, o tema da racionalização”, de modo que “a sociedade se torne cada vez mais estruturada por saberes e práticas sociais que racionalizam, de maneira constitutiva, os mais diversos âmbitos da experiência do sujeito na vida social e consigo mesmo”. A problemática do HIV/AIDS em Curitiba é permeada por uma série de atores, que indiretamente possuem um caráter consultivo pela forma em que a cidade estabelece e racionaliza suas ações.

Há a formalização de um plano estratégico na esfera federal, onde é estabelecido uma gênese do combate à doença, elencando o público que virá a ser prioritário no estabelecimento de políticas públicas sobre a questão. Isto se torna bastante claro em um relatório do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999), onde se é

elencado os momentos do problema do HIV/AIDS em âmbito nacional em três fases: a) a primeira delas restrita a população de homens homossexuais e homens que fazem sexo com outros homens; b) a segunda, por conta de usuários de drogas injetáveis e hemofílicos; c) por fim, uma maior pauperização da doença, atingindo zonas territoriais com baixa densidade populacional, além de quadros maiores em infecções entre as mulheres. Conforme descreve Patton (1990, p. 5) o discurso científico e de agentes políticos que permeiam o problema do HIV/AIDS foi responsável por uma moderna reconfiguração de categorias como: classe, raça e sexualidade, instituindo um modo bastante categórico de traduzir o conhecimento sobre a doença.

Isto delimitou as ações da cidade, estabelecendo uma linha de corte entre a população que possui sua sexualidade dentro da normatividade e aqueles que se localizam fora da norma. Patton (1990) destaca que o termo “comunidade” sobretudo em decorrência da doença detinha a função de servir enquanto um termo agregador, contudo, se demonstrou totalmente adverso. Por meio desta caricatura de “comunidade”, que se pode agregar indivíduos por determinados estereótipos, comportamentos, fisionomias, orientações sexuais, crenças, raças, valores e zonas geográficas.

Suscitando na formulação de uma política nacional, que deteve enquanto ponto basilar o homem que possuía um comportamento sexual considerado desviante, justamente pela fuga a normatividade e ao *ethos*, que cerceia suas preferências sexuais. Apesar de no início dos anos 2000, Curitiba já ter dado o pontapé inicial em políticas para o público adolescente, e também para o público feminino, é visível que a partir do primeiro Plano de Ações e Metas (PAM) em 2003 o alinhamento entre a epistemologia sobre a doença e o modelo de ação da cidade.

A categorização dos PAMs foi elaborada com a pretensão de serem aplicadas em localidades distintas, instituindo três áreas chaves: Promoção, Prevenção e Proteção, Diagnóstico, Tratamento e Assistência além do Desenvolvimento Institucional e Gestão. Ainda que as cidades que recebam recursos detêm autonomia para gerenciar a alocação dos mesmos. Visto que os documentos elaborados pelas Secretárias Municipais e enviados ao Ministério da

Saúde servem enquanto um relatório de verificação e monitoramento sobre os fundos empregados na cidade.

A política de incentivos demonstra um avanço significativo em termos do mapeamento destes recursos e se exprime enquanto um dispositivo heterogêneo e sobretudo jurídico-econômico proposto pelo governo federal, com o intuito de habilitar as partes que a recebem de formular e implementar, em tese, sua própria agenda, devido a noção de urgência causada pelo alastramento da doença entre a população com uma conduta sexual heteronormativa. De modo que o sexo possui um papel basilar tornando-se “alvo central de um poder que se organiza em torno da gestão da vida, mais do que a ameaça da morte” (FOUCAULT, 2014f, p. 159). Isto se dá pela importância do sexo enquanto um foco que se insere dentro do escopo político. Foucault (2014f) argumenta que o sexo possui dois eixos que desencadeiam uma tecnologia política voltada à vida.

Em um primeiro momento, faz-se presente o adestramento, a distribuição e dispêndio de forças atribuídas entre o par, sua intensificação, caracterizando a disciplinarização do corpo. Em uma outra ponte, se insere enquanto controle biopolítico da vida, regulando populações, além de sua conduta individual. Se inserindo em um paralelo disciplinar, com controles constantes perante o corpo, além de exames e meticulosidades médicas e psicológicas extensas, cristalizando atividades e poderes sobre o corpo, auferindo em um escopo mais alargado, como estimativas, previsões e cálculos estatísticos que visam o corpo social de toda a sociedade, objetivando a disciplinarização dos corpos e a regulação da população. (FOUCAULT, 2014f).

Certamente as questões relacionadas ao sexo, rememoram as noções de Foucault (2008a, 2014e) sobre o governo, estabelecendo um campo de ação e possibilidades que atuam em um estreitamento da conduta individual dos indivíduos em seu auto-controle para o enfrentamento da doença. Neste sentido, as ações da prefeitura de Curitiba cristalizam a noção de prevenção que possuem a intenção de moldar decisões individuais, sendo norteadas pelo incentivo de profissionais de saúde e de um corpo técnico e científico.

Tomemos como exemplo a maciça distribuição de preservativos, na cidade. Há uma opção clara da SMSC em promover ações para a efetivação do ato sexual seguro. Delineiam-se ações com o intuito de conduzir a conduta individual do indivíduo, mesmo que a distância. Este ponto, não necessariamente garante que o indivíduo irá retirar os preservativos em postos de distribuição e tampouco o irá utilizar quando se mostrar necessário, mas representa a vontade e a predisposição de um governo à distância, gerenciando os meios de proteção individual ao HIV/AIDS. Houveram, também, campanhas de redução de danos, sobretudo aos usuários de drogas injetáveis, por meio da retirada de agulhas e seringas novas e limpas, com o intuito de o usuário não se infectar, ou de se tornar um vetor da doença.

O mesmo vale para ações educacionais propostas pela prefeitura, com o intuito de educar jovens e pré-adolescentes sobre a adoção do sexo seguro, a conotação da prevenção é sempre aliada a uma concepção médica, disciplinadora e biopolítica sobre como o ato sexual deve ser consumado. Médica, com o intuito de alertar a população sobre os efeitos e mazelas advindos da doença, disciplinadora por criar uma normatividade sobre como efetuar as relações sexuais e, sobretudo, como prevenir determinadas doenças. Biopolítica por fomentar que o sexo seguro se ancora em um indivíduo saudável e pronto para a efetivação de sua vida política e econômica, além de um contato com funções biológicas e fisiológicas sobre reprodução.

É a partir deste empenho que mesmo à distância, os indivíduos são instruídos a adotar as práticas designadas, sobretudo aos “grupos de risco”, que encontram na sexualidade e em seus hábitos, práticas que são compreendidas perante parcelas da sociedade enquanto errôneas. Portanto, toda a racionalização perante ao HIV/AIDS e consequentemente partilhadas ao ato sexual, formam uma “ideia do sexo” que permite esquivar o que constitui “poder”, do poder; permite pensa-lo apenas como lei e interdição” (FOUCAULT, 2014f, p. 169), instituindo uma racionalização que pretende guiar as tendências sobre o sexo, e consequentemente sobre os estatutos de prevenção – aliando práticas que versam somente à conduta

individual do indivíduo – de modo que o status sorológico do mesmo é de sua única e exclusiva responsabilidade.

De outro lado, as ações estabelecidas sobre o prisma de Diagnóstico, Tratamento e Assistência recaem sobre a realização de exames, sobretudo de testagens para a identificação do HIV/AIDS, além de um protocolo bastante amplo sobre o cuidado de gestantes e parturientes, envolvendo o diagnóstico de outras IFTs, além do incremento contínuo da capacidade laboratorial para a realização de exames de HIV/AIDS.

Os testes e diagnósticos em decorrência do HIV/AIDS são realizados pelo protocolo ELISA⁵⁶, como afirma Patton (1990, p. 32). Esses são utilizados para compor uma gama de informações, que versam desde: instrumentos de pesquisa, trabalhos de aconselhamento, promoção da saúde, educação, monitoramento sanguíneo e diagnóstico do vírus. A própria terminologia de testagem induz o paciente a crer em uma evidência infalível em que caso a testagem se prove positiva o indivíduo possua o vírus da aids. Contudo a testagem identifica cepas do HIV. Além disto, caso o resultado seja positivo, a soropositividade ainda está atrelada à uma autoimagem de depreciação, pelo fato de que as ações afirmativas para a testagem estão vinculadas a um comportamento de risco, sobretudo para os indivíduos homossexuais, HSH, profissionais do sexo, além de usuários de drogas injetáveis.

Estas ações sobre o preambulo de diagnóstico e tratamento possuem uma relação de simbiose com as intervenções de prevenção, visto que nos espaços de aconselhamento, e sobretudo de testagem, o indivíduo é submetido a sessões de psicologia com o intuito de compreender o quão exposto o mesmo está a situações consideradas de risco, além de classifica-lo de acordo com os seus comportamentos sexuais. Fazendo com que o teste ou o exame possam ser compreendidos por si só, enquanto uma sanção, que visa uma mudança comportamental por parte dos usuários que utilizaram o serviço.

⁵⁶ Denominado Enzyme Linked ImmunonoSorbent Assay. O teste se baseia em detectar as reações entre antígeno e anticorpo por meio de reações enzimáticas.

Aliado a isto, há uma constante evolução na Gestão e Desenvolvimento Institucional sobre as tratativas de HIV/AIDS na cidade. Por meio das metas estabelecidas, é possível notar o incremento contínuo de sistemas de vigilância e monitoramento da doença, como a consolidação da vigilância epidemiológica que recebeu recursos constantes desde 2003 às capacitações e solicitações de atividades relacionadas à produção de conhecimento científico – expresso pelos relatórios epidemiológicos da cidade. A SMSC também promoveu ao longo dos anos parcerias com ONG's, instituindo treinamentos sobre como planejar e governar atividades relacionadas ao enfrentamento do HIV/AIDS.

Isto posto, ao buscarmos compreender o modo pelo qual as relações de poder ao enfrentamento do HIV/AIDS operam na cidade, se faz necessário adentrar em alguns pontos. É por meio da observação sobre as relações de poder, que Foucault (2014e, p. 136-137) estabelece que devemos nos atentar: a) sobre um sistema de diferenciação que se permite agir e estabelecer a ação dos outros; b) o tipo de objetivos que são perseguidos pelos que agem sobre a ação de outros indivíduos; c) as modalidades pelas quais este exercício é executado; d) as formas de institucionalização; e) os graus de racionalização, instituindo a racionalidade que guia os mecanismos que compõem o funcionamento das relações de poder.

Neste sentido, a racionalização sobre o HIV/AIDS opera sobre dois binômios, o primeiro deles está vinculado a dicotomia entre a parcela da população que possui HIV/AIDS e a parcela que não a possui, concomitantemente com os que se enquadram e são classificados enquanto “grupos de risco” e os que não estão. É neste ponto que são circunscritos *quem* são os governados por meio da racionalidade que circunda o HIV/AIDS em Curitiba. Ao que tange a parcela de homossexuais, esta diferenciação se torna mais latente, pois, como demonstra Spargo (2017, p. 37) “exigir o reconhecimento de uma identidade homossexual distinta inevitavelmente reafirma a oposição binária e desigual entre homossexual e heterossexual”, de modo que a representação do indivíduo é pautada e construída de maneira social, reafirmando e remodelando toda a gama de saberes que fora constituída e elaborada, forçando uma delimitação de gênero entre eu/outro,

nós/eles, onde o campo homossexual está submerso perante as teias discursivas entre poder-saber.

Os objetivos buscados perante a racionalização do HIV/AIDS se apresentam entre três esferas: a) ética; b) disciplinar; c) biopolítica. A primeira busca uma reavaliação das atitudes individuais do indivíduo para consigo mesmo – praticada por extensos questionários para acesso aos serviços públicos, consultas clínicas e por sessões de psicoterapia. Disciplinar, pois, por um lado se propaga uma individualização das multiplicidades, instituindo padrões ótimos de regulação dos gestos, do como fazer, quando e por que se fazer conforme prescrito. A esfera disciplinar também pode estar vinculada a uma forma de resistência política, ao propor a liberalização sexual por meio de métodos seguros (PATTON, 1990, p. 42). A esfera biopolítica toca o que é mais latente e tange a toda a capilaridade dos “grupos de risco”, promovendo cálculos, métodos, estatísticas e meios de frear o contágio de HIV/AIDS, sendo este seu objetivo mais explícito e visível.

As modalidades experimentais se apresentam em duas esferas: A primeira delas se desencadeia por elementos discursivos, de maneira a afetar e difundir o vírus do HIV/AIDS enquanto uma doença que possui um estigma negativo e é atrelada a classes e esferas sociais que são marginalizadas. A segunda se apresenta pelo caráter biolítico da doença, de maneira a instituir sistemas de vigilância e controle propondo tabelar e instituir dispositivos para refrear o contágio, conjuntamente com todo o arcabouço de prevenção, diagnóstico e tratamento. Tanto os objetivos buscados com as ações perante o HIV/AIDS, quanto suas modalidades experimentais, podem delimitar *o que* é governar, pois em conjunto, podem modelar, guiar, aumentar ou reduzir o eventual campo de ação individual incidindo em uma orientação por meio da “conduta da conduta”.

As formas de institucionalização se desencadeiam por dispositivos jurídicos-econômicos, instituindo um padrão de atuação perante as ações a serem desenvolvidas, como é o caso dos incentivos oriundos do Plano de Ações e Metas, consolidando a distribuição do saber científico entre médico/paciente, analista/analizado – instituindo enquanto uma micro relação de poder -, além de toda a distribuição dos aparelhos de enfrentamento ao HIV/AIDS em Curitiba, que

vão desde o Centro de Orientação e Acolhimento, o programa de Prevenção Combinada e programas governamentais com foco em apenas uma parcela da população onde se institui regulamentos, diretrizes, protocolos e políticas próprias para lidar com o problema. São nestas categorias, sejam as mesmas discursividades em formas de lei, ou ainda de caráter institucional que são reguladas as relações sociais, no contexto do HIV/AIDS. Também é a partir delas, que em um contexto local, podemos compreender *quem* pode governar, de maneira que a amalgama criada por tais políticas, diretrizes, denotam uma estrutura complexa, com o intuito de agir e atingir o campo de possibilidades dos indivíduos que necessitam destas ações.

Os graus de racionalização provêm de instrumentos técnicos e de saberes que executem ou delineiem uma organização do dispêndio dos recursos econômicos, ou do refinamento das táticas e técnicas empregadas para a efetivação da racionalidade proposta. Desta maneira, há em Curitiba, como extensivamente demonstrado no capítulo anterior, uma certa hierarquização de como os recursos são empregados, dentre as três áreas consolidadas ao enfrentamento do HIV/AIDS. Em termos numéricos entre 2001-2020, as práticas de prevenção são mais numerosas. Outrossim, dentre os anos de 2001-2013 utilizou-se 43% dos recursos repassados à SMSC para a área de prevenção, sendo reservada, 43,97% dos recursos à somatória das ações efetuadas a temática de tratamento e diagnóstico. Isto se dá por conta da premissa de que os gastos em promoção, prevenção e proteção são mais eficazes do que gastos direcionados ao tratamento da doença *per se*.

Vale ressaltar, conforme aponta a categorização de Foucault (2014e, p. 137) que “as formas e os lugares do “governo” dos homens uns pelos outros são múltiplos em uma sociedade; eles se superpõem, se entrecruzam, se limitam e se anulam em algumas vezes, se reforçam em outros casos”. De maneira que os poderes, ou as discursividades advindas de apenas uma única fonte, não são categóricos, tampouco unos. Há uma multiplicidade de relações que se unificam ou se desmancham em todo o tecido social, e em toda a problemática abordada.

Apesar de o Brasil distribuir por meio do SUS, desde 1996 antirretrovirais gratuitos para os interessados, a afirmativa de que gastos em prevenção são menos onerosos e mais eficientes do que incentivos ao tratamento, é exposta em inúmeros relatórios elaborados pelo Banco Mundial (1993, 1995, 2001), além de ser a normativa epistemológica que serviu como pano de fundo aos empréstimos efetuados ao Brasil, em referência aos programas nacionais de HIV/AIDS. Ainda que o gerenciamento da doença em Curitiba é tido enquanto uma referência de “boas práticas”, sua política para o enfrentamento do HIV/AIDS está inserida em um contexto maior, onde é notável a adequação a centros epistêmicos globais que produzem conhecimento sobre como lidar com o vírus, além das normativas estabelecidas pelos empréstimos do Banco. Neste sentido, qual a ingerência destas instituições no manejo das políticas de enfrentamento ao HIV/AIDS em Curitiba? Como veremos na próxima seção, a política de incentivos possui parte de seus custos oriundos do Banco Mundial, o que determina, em alguns aspectos, como estes recursos serão dispendidos em prol da população que vive com HIV/AIDS.

5.3 A atuação da UNAIDS e do Banco Mundial e os impactos na cidade

A política de incentivos financeiros para o enfrentamento de HIV/AIDS possui seu custeio por parte do Banco Mundial, acarretando na formulação de um plano nacional para HIV/AIDS coeso. Contudo, conforme aponta o relatório de avaliação do Banco dos projetos AIDS I e AIDS II (2004, p. ii), os projetos não obtiveram resultados positivos em criar sistemas adequados de monitoramento sistemático das taxas de infecção para os grupos de risco, fazendo com que a percepção do Banco seja de que as IFTs se apresentem subnotificadas. Outro ponto de destaque do relatório é o aconselhamento de que o Brasil deve continuar a incrementar seus processos de vigilância e monitoramento sobre a doença, com o intuito de analisar as tendências de novas infecções pelo vírus, além de compreender o padrão comportamental da “população alvo”, de maneira que, com o acordo em andamento para o AIDS III, “o Brasil deve tomar as medidas necessárias para melhorar sua capacidade e aumentar os incentivos para que o desempenho e o impacto do

programa sejam monitorados e avaliados” de maneira a fomentar os esforços para uma melhor gestão de sua documentação, ocasionando em uma melhora na relação de custo-efetividade dos programas (BANCO MUNDIAL, 2004, p. 30). O que mais chama a atenção é que este monitoramento deve estar “em consonância com as diretrizes do UNAIDS” (BANCO MUNDIAL, 2004, p. 30).

O relatório faz referência a dois documentos elaborados pela UNAIDS (2000, 2002), onde são descritas as práticas a serem adotadas para um aprimoramento das questões de vigilância e monitoramento da doença em um escopo global. Em um primeiro momento, é estabelecido uma estrutura de atuação para o monitoramento das ações desde a esfera global até o nível dos agentes locais para o controle da doença.

O documento da UNAIDS (2000) propõe uma hierarquização sobre o modo de se lidar com o HIV/AIDS. Servindo enquanto um modelo conceitual e epistemológico elencando uma modelagem de controle e vigilância sobre as políticas de HIV/AIDS, além de expor as funções de cada nível na estruturação global de enfrentamento ao HIV. O agrupamento proposto se insere em áreas centrais de atuação: como o desenvolvimento de políticas de enfrentamento ao problema, as capacidades materiais e humanas das unidades de saúde, capacidades de atendimento domiciliar e comunitário, além de estabelecer mecanismos de monitoramento contínuo dos resultados apresentados.⁵⁷

Neste mesmo documento, é possível perceber uma planificação generalista de modo decrescente, que provém do global ao local sobre como os métodos de controle e avaliação devem ser elencados e estabelecidos, se adensando pela estratégia nacional indicando como conduzir o problema. Portanto, indica um transbordamento a capilaridade local onde ações de enfrentamento, ordens e

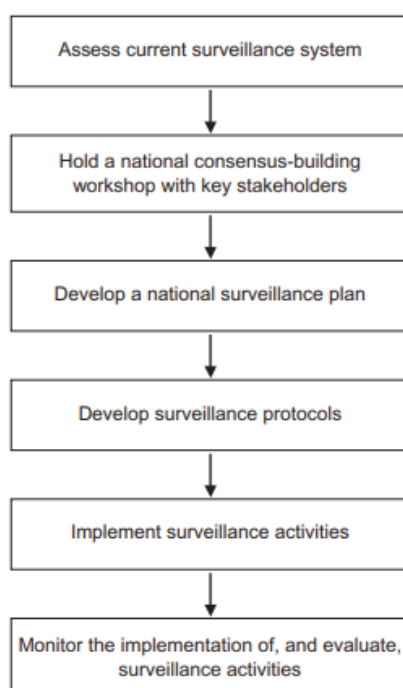
⁵⁷ Estes monitoramentos se estabelecem por uma série de índices que devem ser monitorados, incluindo: a) a porcentagem geral da população que se testou para o HIV; b) a porcentagem de unidades dentro de um distrito que distribuem medicamentos antirretrovirais; c) porcentagem de pessoas com um grau avançado de HIV recebendo terapia antirretroviral; d) Existência de ações políticas voltadas para o suporte às pessoas vivendo com HIV/aids; e) Existência de instalações que forneçam suporte aos indivíduos vivendo com HIV/aids; f) Demonstrar capacidade de testagem e aconselhamento; g) Fornecer cuidados aos pacientes em um estágio avançado da doença; h) Demonstrar capacidade laboratorial para a monitoração sanguínea dos indivíduos acometidos pelo HIV/aids; i) Capacidade de promover uma rede de cuidados para indivíduos que se situam na faixa etária de 18-59 anos; j) Suporte às crianças vulneráveis. (UNAIDS, 2000)

empenhos são executados. Deste modo, o domínio global se insere enquanto uma esfera basilar que possui o intuito de medir, moldar e redirecionar recursos, humanos e técnicos para as áreas estratégicas no controle a doença. Em âmbito nacional, a entrada destes recursos se desenha em métodos, políticas e na estruturação de programas dentro de órgãos de atuação para o combate do vírus. Para que, por fim, sejam alocados os programas em sua capilaridade, para aumentar a qualidade de vida dos indivíduos soropositivos. (UNAIDS, 2000)

O documento demonstra a vontade política da UNAIDS de se inserir em movimentos nacionais que buscam a efetivação de políticas públicas voltadas para o enfrentamento do HIV/AIDS. É por meio desta figuração que provém de uma expertise global sobre o problema que o órgão se consolida enquanto uma instituição que propaga discursos evidenciando sua capacidade política de se manter enquanto o principal *think tank* sobre a temática. Além disto, toda a circulação de saberes proposta pela UNAIDS é tida enquanto algo que pode ser replicado globalmente. Mesmo que em forma de cooperação técnica ou enquanto uma expertise localizada, caracteriza por um lado, ferramentas biopolíticas para o gerenciamento dos soropositivos buscando alcançar um incremento na qualidade de vida desta população e, também, a ascensão de um índice que apresente métricas cada vez mais baixas de mortalidade pela doença.

As prerrogativas de como devem ser estruturadas as racionalidades para a consolidação de novas políticas em âmbito nacional são reformuladas em um documento da UNAIDS (2002), onde é possível identificar um organograma de como as coisas devem ser pensadas e trabalhadas para o fortalecimento de iniciativas e políticas públicas sobre o HIV/AIDS, conforme demonstra a Figura 5:

FIGURA 5 - ESTRUTURA PARA A SEGUNDA GERAÇÃO DE MÉTODOS DE GERENCIAMENTO E MONITORAMENTO DO HIV/AIDS



Fonte: UNAIDS (2002)

Curiosamente o início do Plano de Ações e Metas tem início em 2003 conjuntamente com a costura do acordo do AIDS III. O Plano de Ações e Metas, adotado em esfera nacional e consequentemente por Curitiba, emula o fluxograma sobre como pensar e executar um novo paradigma para o monitoramento da doença. Há de se notar que na construção do Programa houve reuniões com representantes de entidades internacionais, incluindo o Banco Mundial. Neste sentido, a própria UNAIDS (2002) destaca que novos mecanismos de implementação estão sendo aplicados em Estados africanos, sul-africanos e latino-americanos para a construção de melhores mecanismos de prevenção, tratamento e monitoramento da doença, de modo a abranger toda a comunidade internacional, pautada na experiência obtida de três anos na aplicação e formulação de programas em conjunto com Comissão Europeia.

Conforme afirma Pontes (1999) as políticas internacionais de enfrentamento ao HIV/AIDS se articulam em agências e agentes de cooperação em três níveis distintos. O primeiro deles, se concentra por iniciativas específicas e pontuais,

promovendo um direcionamento estratégico para uma política bastante localizada, visando regular, complementar ou formular um plano estratégico de contenção para o avanço da doença. Em Curitiba, isto se delineia, tanto pela iniciativa de cooperação entre cidades, construídas por meio do intercâmbio de ideias, além das visitas técnicas à cidade para conhecer o Mãe Curitibana, quanto às ações relacionadas ao efetivo manejo da doença na cidade.

Ainda de acordo com o autor, o segundo nível se apresenta por meio de programas e interfaces de agências multilaterais de fomento, como por exemplo a UNICEF e o UNDCP, que desenvolvem parcerias em conjunto com o CN IFTs/aids, possuindo um tom abrangente, estas, são focadas em campanhas de caráter abrangente, com o intuito de atingir a população como um todo, sobretudo em campanhas informativas de prevenção e educação sexual.

O terceiro nível se insere por meio de políticas propostas por estruturas políticas internacionais e centralizadas por meio das Nações Unidas, com o intuito de atuar na consolidação de políticas globais para o enfrentamento do HIV/AIDS, como é o caso da UNAIDS que, por sua vez, tem o Banco Mundial enquanto um de seus parceiros fundadores. Neste sentido, a UNAIDS profere discursos e difunde conhecimento por meio de seus relatórios, além de organizar o gerenciamento político da doença, efetuando uma espécie de ponte entre a cidade, ou Estado que necessita de ajuda e credores internacionais servindo enquanto um “gerente de interfaces”, instituindo um frame de relações com o intuito de promover estratégias para a integração política de programas cujo foco se dá pela prevenção, tratamento e assistência a parcela da população soropositiva. Em Curitiba, temos a participação da UNAIDS, tanto no Programa A Hora é Agora, quanto no e-COA. Já o Banco atua em uma escala macro, instituindo e colaborando por meio de recursos financeiros e expertise por meio de seus empréstimos, contudo, conforme afirma Pontes (1999, p. 95) “sabe-se que as políticas de desenvolvimento de cada agência internacional são muitas vezes distintas e implementadas sem uma efetiva participação dos parceiros nacionais”. De modo que os programas de cooperação já provêm de uma expertise pré-moldada, elencando políticas pré-estabelecidas. As parcerias estratégicas entre o Brasil, e os e parceiros internacionais que visam

implementar projetos para a mitigação do HIV/AIDS não representam necessariamente um consenso entre os atores nacionais e a sociedade como um todo. (PONTES, 1999)

Outrossim, conforme é exposto no relatório do Banco (2004, p. 29), os projetos iniciais do Brasil, conjuntamente com os aportes proporcionados pela instituição “destinaram significativo apoio financeiro e técnico para o desenho e a execução de atividades de prevenção, incluindo intervenções inovadoras, de última geração, visando alterar o comportamento de grupos de alto risco”, conjuntamente com a expansão de serviços de prevenção, aconselhamento e testagem. Na perspectiva de Santos (2011, p. 125) isto se deu por conta da racionalidade da organização de orientar o sistema de saúde brasileiro por meio da descentralização de recursos, deão aderir os repasses fundo a fundo, enviando recursos diretamente aos municípios, de modo que esta estratégia se mostra explícita por meio das recomendações do Banco à política de HIV/AIDS. (BANCO MUNDIAL, p. 31)

A proposição do Banco em fomentar e estabelecer um guia normativo para práticas de saúde no Brasil, advém desde o início da década de 1990, onde o eixo das propostas elaboradas pelo propositor era fundamentalmente apoiada em uma política liberal, que caminhava em consonância com o Consenso de Washington (SANTOS 2011, p. 121). Isto se dá, por conta de uma discussão mais alargada sobre o conceito de saúde que versa sobre um estado de completo bem-estar físico, mental e social, alargando o conceito para além de doenças ou enfermidades. Este conceito que de acordo com Fedatto (2015) começa a ser discutido durante a década de 1980, fornece a tração necessária para que seja retomada no interior do Banco a incorporação de discussões envolvendo reformas sistemáticas setoriais aliadas à disseminação de práticas com o intuito de diminuir a pobreza. Além disso, é a partir deste momento que emerge um mercado global de saúde, de maneira que também seja interessante ao setor privado. (RIZZOTTO, 2000)

De acordo com Santos (2011, p. 126) as ideias apresentadas pelo Banco, “demonstram a necessidade do Estado voltar suas ações às medidas preventivas, pois isso diminuiria em muito os custos com a saúde curativa, deixando está para o setor privado, por meio do custo individual com tais serviços”, de modo que o

argumento central do Banco (1991) é que as doenças que mais acometem brasileiros adultos e em idade produtiva são do tipo crônico-degenerativas, que são adquiridas por falta de uma prevenção adequada. Outro componente importante, é a visão do Banco de que a população de baixa renda, é a mais acometida por doenças, sendo eles os mais prejudicados e mais suscetíveis aos riscos de saúde, da mesma maneira em que são menos servidos. (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 10)

Santos (2011) também destaca que os experts do Banco advogam que, por conta de possuir altos custos, os serviços que visam o tratamento, além de uma assistência hospitalar acabam por criar um círculo vicioso, fazendo com que a população passe a não utilizar mais as ferramentas disponíveis pelo Estado que acarretam em uma prevenção mais eficaz da doença, fazendo com que cada vez mais se busque um tratamento mais intensivo para o controle das doenças. Outro argumento utilizado pelo Banco é de que a comunidade local deve demonstrar engajamento nas questões relativas à saúde, por meio da responsabilização da sociedade a assistência a saúde. Este argumento, na verdade, opera contra a universalização e ampliação da saúde, visto que o Banco pressupõe que apenas “os pobres sejam beneficiados com serviços públicos de saúde gratuitos e de razoável qualidade” (BANCO MUNDIAL, 1991, p. 102)

Ainda visando uma reforma no campo da saúde brasileira, o Banco Mundial (1995) apresenta outro relatório, com teor liberalizante, onde se apresenta uma forte tendência ao setor privado, de maneira que o documento fornece subsídios para que o setor público se utilize de serviços privados para cumprir com seu objetivo constitucional, por meio de parcerias público-privadas, de maneira a fomentar o setor privado para que consiga estimular uma competição no setor de saúde, auferindo serviços, opções e, por consequência, gerando uma maior eficiência (SANTOS, 2011). Neste sentido, o Banco Mundial (2007) acredita que o Brasil possui custos muito elevados com os serviços prestados em saúde, de modo que o sistema brasileiro carece de mecanismos de governança, possuindo serviços de custo elevado, sobretudo no tratamento de doenças crônicas, porém, os mesmos não são de qualidade. Assim, a instituição fornece uma série de recomendações

para que seja feito um melhor controle de gastos, com o intuito de reduzir estes custos, focando na eficiência, e na melhoria nos mecanismos de gestão.

A primeira recomendação preconiza uma gestão autônoma, auferindo que “as unidades com capacidade (potencial) adequada poderiam receber autonomia total sobre o gerenciamento e aplicações de seus recursos físicos e humanos, tendo apenas de seguir as políticas de saúde do SUS e cumprir um conjunto de objetivos e regras previamente definidos” (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 74). De maneira que se integrasse a infraestrutura de saúde a uma região, ou microrregião sobre o mesmo comando e mesma unidade gerencial orçamentária, fazendo com que aumentasse um estímulo maior à efetividade das ações de saúde.

A segunda recomendação se apresenta por meio de contratos de gestão autônoma e por sua vez, descentralizadas, com o intuito de definir de maneira clara, responsabilidades e autoridades da unidade, além de objetivos e metas a serem seguidos, conjuntamente com as atividades a serem desenvolvidas, os recursos que serão utilizados, conjuntamente com critérios transparentes para a avaliação da unidade em questão, avaliando seu desempenho, inclusive, penalizando eventuais falhas na prestação dos serviços pré-acordos por meio contratual. (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 76)

A terceira recomendação tem como intuito sincronizar e alinhar os processos de planejamento, orçamento e gestão da informação, incluindo: informações orçamentárias e de despesas, informação de custos, informações de produção, além de resultados pautados em efetividade e qualidade, de modo que seja possível a preparação de informações sobre o gasto estimado por unidade de saúde, conjuntamente com a implantação de “unidades públicas e privadas no SUS de um sistema padronizado de custos que permita não apenas estimar o custo do departamento ou serviço, mas também estimar o custo de procedimentos hospitalares e ambulatoriais específicos” (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 77)

A quarta recomendação busca consolidar mecanismos de custeio, fomentando uma melhoria no sistema por meio da desburocratização visando uma simplificação no sistema de repasse, diminuindo as formalidades e exigências necessárias para habilitação de estados e municípios. O Banco também advoga

que os mecanismos de transferência de recursos deveriam ser consolidados em poucas modalidades, se resumindo a grandes categorias de atenção, tais como: “Serviços de Saúde Pública (incluindo Vigilância Sanitária e Epidemiológica), Atenção Básica, Atenção Ambulatorial de Média e Alta Complexidade, e Atenção Hospitalar de Média e Alta Complexidade” (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 78), de modo que estas estruturas deveriam ser suficientes para facilitar o acompanhamento orçamentário, de modo que a aplicação dos recursos, não seria vinculada a programas ou atividades específicas, de forma que a avaliação por meio de indicadores, condicionaria os repasses para os estados e municípios e também resultaria em um impacto nos custos administrativos do SUS, visto que liberaria recursos humanos para monitorar e avaliar os resultados obtidos.

A quinta recomendação é de estabelecer sistemas robustos de monitoramento e avaliação, de maneira que se institua um monitoramento contínuo, conjuntamente com *feedbacks* dados a gestores sobre o seu desempenho. Este monitoramento deve ser pautado essencialmente por resultados, buscando acompanhar o progresso e medir o impacto de projetos, programas e políticas. O documento também endossa que o monitoramento e avaliação das atividades é tradicionalmente o ponto mais vagaroso do SUS, de modo que o monitoramento deveria incluir os seguintes itens: “coleta de dados de parâmetros, definição dos indicadores de desempenho, coleta sistemática de dados de resultados e impactos, e disseminação sistemática de informações qualitativas e quantitativas para gerentes e tomadores de decisão.” (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 79)

Por fim, a sexta recomendação, propõe a profissionalização da capacidade gerencial, de modo a subsidiar “ferramentas gerenciais de planejamento voltadas para as necessidades locais, o monitoramento permanente de seus recursos, seus custos e seu desempenho, e permitir a avaliação de seu desempenho técnico e econômico-financeiro” (BANCO MUNDIAL, 2007, p. 79). Também é recomendando, um programa de treinamento para agentes locais, com o intuito de capacitar os gestores e técnicos, além de promover “o uso efetivo de boas práticas encontradas no país e nos exemplos internacionais relevantes” de modo a disseminar e modernizar a gestão de equipamentos de saúde.

5.4 As Políticas de HIV/AIDS em Curitiba

Mesmo com essa pluralidade de ações frente a doença, o Centro de Orientação e Aconselhamento (COA) possui como função fazer o diagnóstico do HIV de maneira rápida e confidencial, além de promover testagem para sífilis e outras doenças além de disponibilizar aconselhamentos para os pacientes. Zanelatto (2014, p. 50), ao retratar o aparelho burocrático do programa, descreve que a partir de 2010 foi elaborada a testagem rápida – bastava uma espera de, no máximo, quarenta minutos para a triagem de HIV/AIDS. Para ter acesso ao teste, todo indivíduo que procura o Centro de Orientação e Aconselhamento deve passar por sessões individuais de orientação, por uma entrevista individual e por um pré-teste para, posteriormente, seguir para a coleta de sangue. Todo o processo deve durar cerca de uma hora e vinte minutos. Depois disso, todas as informações coletadas são submetidas ao Sistema de Informação do Centro de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA), fomentando dados para que a Secretaria Municipal de Saúde elabore o seu relatório sobre doenças sexualmente transmissíveis.

De acordo com Zanelatto (2014, p. 49), o COA passou por uma série de reinvenções de gestão até chegar a esse modelo. A autora alega que anteriormente o processo era mais burocrático e lento, com orientações coletivamente, de maneira que, no decorrer das sessões, os usuários do serviço eram aconselhados a preencher uma ficha com perguntas relativas à sua saúde e ao seu comportamento sexual. Após esta etapa, o usuário seguiria o rito passando pela coleta de sangue. A amostra era enviada para o Laboratório Municipal de Curitiba e, dentro de sete a dez dias, o paciente era convocado a voltar ao Centro, com uma sessão agendada previamente de maneira individual.

Em 2019, inaugurou-se o e-Coa, focado em homens que fazem sexo com outros homens (HSH), oferecendo ainda Profilaxia Pré-Exposição (PreP) e Profilaxia Pós-Exposição (PEP). Esta clínica é uma parceria entre a Prefeitura Municipal, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o *Center for Disease and Control* (CDC), que é uma agência do departamento de saúde estadunidense. Para além do COA, há outros dois programas que merecem destaque entre as políticas públicas do

município: o programa “A Hora é Agora” (AHA) e o Mãe Curitibana. Eles possuem enfoques diferentes: o primeiro serve como uma plataforma de testagem para o HIV, e o segundo é o programa que deu maior visibilidade ao município de Curitiba e, como já dito, foi o responsável por eliminar a transmissão vertical do vírus.

Conforme afirma Zanelatto (2014, p. 37), o programa A Hora é Agora foi planejado com base em um programa nacional chamado “Quero Fazer”, implementado em cinco cidades brasileiras entre 2009 e 2013: Recife, Rio de Janeiro, Brasília, São Paulo e Fortaleza. O programa garante aconselhamento psicológico gratuito e confidencial, além de fornecer testes rápidos para detectar o vírus em um ambiente de segurança para a população LGBT. O programa “A Hora é Agora – testar nos deixa mais fortes”, foi concebido em 2014 pela cidade de Curitiba e tem foco na população de HSH. Foi concebido como um projeto piloto para uma futura implementação em outras localidades do país. Atualmente conta com polos em Florianópolis e Campo Grande.

Em Curitiba, o programa conta com duas frentes: a primeira é a disponibilização de um kit no qual constam alguns instrumentos para o usuário fazer o auto-teste da doença. Este kit é disponibilizado de maneira gratuita nas unidades de saúde de Curitiba ou, caso o indivíduo prefira, em armários comunitários disponíveis na rodoviária da cidade. A segunda frente é por meio de um website ou aplicativo, solicitando que o material seja enviado diretamente ao domicílio do indivíduo ou onde ele julgar mais adequado por meio dos correios, com total discrição. O projeto é uma parceria entre a prefeitura de Curitiba, o Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, a Fundação Oswaldo Cruz, o *Center for Disease Control*, o Grupo Dignidade, a Universidade Federal do Paraná e, por fim, a UNAIDS. Conforme afirma a Prefeitura da cidade, o projeto faz parte do compromisso ratificado pela cidade em dezembro de 2014 em reunião com a UNAIDS para atingir a meta de 90-90-90 até 2020.

Zanelatto (2014, p. 47) destaca um ponto importante ao salientar que os profissionais de saúde que trabalham no AHA são agentes do SUS, facilitando a ponte entre os órgãos de saúde competentes para prestar atendimento caso haja a confirmação de infecção pelo vírus nos indivíduos testados. Em caso de teste

positivo, é fornecido um número de telefone com atendimento central 24 horas com o intuito de aconselhar o cidadão acometido pela doença. Há também, de acordo com a autora, um elemento que visa reforçar o modelo de pós-diagnóstico, indicando ao infectado um “par” que possa ajudá-lo a mediar a relação do indivíduo ao SUS.

Conforme aponta Araujo (2017), o programa realizado inicialmente para a comunidade LGBT parte de uma junção ancorada tanto em um *saber* premeditado sobre o que é HIV/AIDS, quanto de uma normalização dos corpos. O autor destaca que o indivíduo que deseja ter acesso ao teste é submetido a um longo questionário sobre suas atividades sexuais, retroalimentando a base de dados sobre a população soropositiva e delimitando por si só que o vírus é condição exclusiva de quem possui comportamentos sexuais “erráticos”.

Neste sentido, o autor destaca que o programa constitui uma “(...) norma emergente de um contexto no qual a Aids se relaciona com a homossexualidade por meio de uma conotação substancial da doença” (ARAUJO, 2017, p. 1850). Portanto, delimitando o que se considera como a normalização do comportamento sexual na cidade de Curitiba, sendo os anormais a população LGBT que recorre ao teste, ou ainda a parcela de HSH. Ainda de acordo com o autor, o programa se trata de uma plataforma excludente ao estabelecer esta dicotomia entre o casal monogâmico - que nem se cogita que utilize tal política pública – e o indivíduo que possui condutas sexuais que fogem da norma curitibana.

Apesar de concordarmos em alguns pontos com o autor, vale ressaltar que as políticas sobre HIV/AIDS em um espectro mais amplo tiveram um retorno das mesmas práticas adotadas nos anos 1990, que era sumariamente caracterizada pela transmissão do vírus entre relações sexuais de homens que fazem sexo com homens. De 2004 a 2017 houve um crescimento de 21,7% nos casos de HIV nesta população, totalizando 58,7% do total de casos em 2017 (CURITIBA, 2019).

Relatórios epidemiológicos disponibilizados de ano a ano pela UNAIDS também relatam o mesmo fenômeno. A posição de situar o projeto-alvo para estas populações faz sentido à medida que os HSH são o vetor principal da disseminação do vírus, pois constituem relações sexuais esporádicas com outros indivíduos e com

suas parceiras regulares. O grupo de HSH ainda são sistematizados conforme eram na década de 1990 e ainda são considerados um grupo de risco, tanto na epistemologia local sobre a doença, como num nível global (CURITIBA, 2019; UNAIDS, 2019). De acordo com relatório disponibilizado por Torres *et al.* (2017), os autores destacam que de 2015 a 2017 foram testados 3.423 HSH, com um índice de infecção de 14%, de maneira que foram notificados 479 casos entre a população de HSH neste período, confirmando a necessidade de políticas efetivas para este setor.

Outro projeto que se torna referência em Curitiba é o Mãe Curitibana. Embora o projeto não seja estritamente relacionado à atenção e ao cuidado de gestantes soropositivas, o programa contribui para a erradicação vertical do HIV/AIDS na cidade. Instituído em 1999, possui como propósito a melhoria dos atendimentos a gestantes desde o pré-natal até a garantia do acesso ao parto, com a qualidade e excepcionalidade necessária. Ainda assim, o Programa também busca um atendimento mais humanizado às mulheres e às gestantes. De acordo com Zampier da Silva e Kauchakje (2015, p. 10), desde a sua criação mais de 200.000 gestantes foram atendidas. O bom desempenho do programa já rendeu a Curitiba um amplo foro de discussão tanto em nível nacional, quanto internacional. Ademais, a iniciativa foi inspiração para programas similares no Brasil, tal qual o “Mãe Coruja” em Pernambuco, “Mãe Paulista” em São Paulo, “Mãe Santanense” em Santana do Ipanema e “Mãe Mogiana” em Mogi das Cruzes. Até a iniciativa em nível federal, chamada de “Rede Cegonha”, o programa também teve sua abrangência efetuada em todo o território paranaense por meio da Rede Mãe Paranaense. Ao analisar o programa, Zampier da Silva e Kauchakje (2015) destacam que o Mãe Curitibana foi uma resposta às pressões sofridas pelo Brasil no tocante às temáticas femininas, de maneira que em 1995, por meio da 4ª Conferência Mundial da Mulher, realizada em Beijing, estipulou-se ser necessária a atuação do Estado perante políticas inclusivas e que reforcem o direito à saúde sexual da mulher. Meta também estipulada pela declaração do Milênio em 2000, por meio da igualdade de gênero, redução da mortalidade materna em 75% e a garantia de acesso à saúde

reprodutiva, bem como pela própria Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (ZAMPIER DA SILVA E KAUCHAKJE, 2015, p. 9)

Confirme afirma Burger *et al* (2011, p. 78), no que tange a transmissão vertical do vírus, o programa busca “(...) a captação precoce da gestante, sua vinculação ao pré-natal, seguida da realização dos exames laboratoriais e o acompanhamento dos tratamentos”. Visando ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV, a prefeitura de Curitiba realiza desde 2007 os testes rápidos, com o intuito de testar todas as mulheres que visam utilizar o serviço. Burger *et al.* (2011, 80) relata que a transmissão vertical do HIV pode ocorrer em até 30% dos casos nos quais não é utilizada nenhum tipo de medicação profilática. De acordo com o boletim epidemiológico de Curitiba (2019), de 2007 a 2018 houve um total de 1.111 gestantes com um total de infecções pelo HIV de 27 casos a recém-nascidos.

O sucesso do programa, de acordo com Giacomini e Souza (2017, p. 414), é resultado de uma estratégia combinada entre a capacidade da equipe de saúde conduzir todos os exames pré-natais de maneira normalizada, além de, em casos de a gestante ser soropositiva, iniciar a terapia antirretroviral, capaz de manter estável a carga viral da gestante de modo que a doença não seja transmitida ao nascituro. Zampier da Silva e Kauchakje (2015, p. 12) destacam que o programa inicialmente elaborado para cumprir com requisitos e tratativas internacionais agora passa por um processo inverso. Esta política pública demonstra que, além de ser referência em nível nacional, também retorna à própria origem e é debatida e mediada em mesas internacionais, sendo reconhecida por seu caráter multinível.

Por fim, o que tentamos estabelecer neste capítulo é que as políticas municipais para com o HIV/AIDS não compreendem, de maneira geral, apenas a interferência da administração burocrática a respeito do HIV/AIDS no âmbito do SUS, mas participam de uma rede entrelaçada que, em muitas ações das cidades a respeito do HIV/AIDS, possuem sua própria genealogia. Portanto, há de se romper a imagética de um “ponto de origem” uno e central e tentar abordar o fenômeno de maneira que seja viável compreender tanto as racionalidades que o permeiam, quanto o seu modelo de alcançar a capilaridade da população. Ressaltamos também a dificuldade de mapeamento das iniciativas vinculadas a HIV/AIDS em

Curitiba: os dados levantados neste estudo foram retirados dos relatórios do Instituto Municipal de Administração Pública de Curitiba (IMAP) por meio de seus relatórios de Gestão que são disponibilizados anualmente desde 1993, além dos documentos obtidos por meio da plataforma online da SMSC.

5.5 Considerações Finais do Capítulo

A intenção deste capítulo foi delimitar de que maneira se dá a congruência a partir da esfera internacional à local, partindo de um ferramental teórico foucaultiano, sobretudo a respeito do conceito de governamentalidade. Somente a partir desta interação entre instituições internacionais, o Estado brasileiro e, por consequência, a cidade de Curitiba se faz possível adentrar em um aspecto majoritariamente velado em que se busca a compreensão de como as racionalidades detêm caráter fundamental na construção tanto da imagética construída pela cidade, quanto em suas ações de fato. Operando em tópicos que são voltados a vida da população, como é o caso da construção de uma resposta para o HIV/AIDS, agindo na capilaridade – sobre a vida de uma parcela da população.

Neste sentido, o primeiro tópico do capítulo teve o intuito de levar o leitor a questionar a imagética de Curitiba enquanto cidade modelo, demonstrando de que maneira seu *ethos* está imbuído na concepção do que é a cidade de Curitiba, permeando as racionalidades das políticas analisadas neste estudo em tela.

O segundo ponto do capítulo vai além da questão da racionalidade e também perpassa a esfera do governo, de maneira que se façam visíveis os aspectos disciplinares e biopolíticos da luta contra o HIV/AIDS na cidade, por meio do ferramental teórico de Michel Foucault. Com o intuito de demonstrar e delimitar de que modo suas ferramentas podem ser aplicadas tanto em estudos sobre saúde, quanto compreender um modelo de governo pautado na condução das condutas individuais, incidindo sobre corpos e também sobre um conjunto bastante específico de indivíduos.

O propósito do terceiro ponto do capítulo é demonstrar de que maneira as instituições internacionais promovem e possuem um papel fundamental em moldar e direcionar ações e políticas públicas por meio de suas próprias políticas internas de financiamento e também por meio de racionalidades que permeiam o modo de se efetivar a condução de ações políticas. Por fim, o último tópico do capítulo versa sobre as políticas públicas de Curitiba que possuem seu foco específico sobre o HIV/AIDS.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Passados quarenta anos desde o primeiro caso diagnosticado de HIV/AIDS em 1981 é possível traçarmos alguns paralelos sobre o modo de condução da doença. Em primeiro lugar, é perceptível o caráter ético da condição do soropositivo, tratada no começo da epidemia como um vírus que era vetorizado apenas pela parcela homossexual masculina da população e denominado pelos termos pejorativos *Gay Related Immune Deficiency* ou “peste gay”. O vírus possuiu inicialmente uma forma epistemológica bastante palpável: o homossexual, de classe média, libertino. Ela foi construída para além da circunscrição do *saber* popular, mas também pela comunidade médica e científica daquele período histórico, um *saber* que acompanha a população acometida pela doença mesmo passados estes quarenta anos. O estigma sobre os soropositivos transpassa a moralidade e recai em um governo – e por governo, referimo-nos ao controle da conduta individual dos indivíduos, desde os limites dos prazeres, até um cerceamento de zonas geográficas para frear o aumento de casos da doença. A despeito dessa exclusão, ela é operada de maneira peculiar: apesar de não haver um confinamento como houve nos casos de varíola no século XVIII, ou ainda um confinamento voluntário – que ocorre no momento da elaboração desta tese, por conta da COVID-19 – há o que Galvão (2000) afirma ser um “pânico moral”, que se utiliza de caráter disciplinador para controlar o corpo e as zonas de exclusão impostas ao soropositivo.

Aqui, destacamos uma dualidade: a disciplina corporal do soropositivo e dos “grupos de risco” é diferente daquela do condenado, do militar ou das disciplinas que se manifestam em instituições disciplinares como a escola ou a prisão. A disciplina age – para os soropositivos - de modo a limitar o prazer do indivíduo por meio de dispositivos de reeducação sexual ou prevenção, intensificando sua condição médica, delimitando que tipo de gestos são cabíveis em sociedade, sobretudo, os que são relacionados a sua zona mais íntima – a condução do seu prazer individual.

Em um prisma biopolítico, a situação é dúbia: se compreendermos por biopolítica uma reconfiguração social dos seres biologicamente definidos, o alvo se

torna a população soropositiva que está sempre sendo vigiada e monitorada por cálculos e metas que auferem mais sobre o vírus do que sobre o seu portador: padronizações gráficas, exames sanguíneos, cálculos de estimativa de vida e cálculos sobre o avanço ou regressão da doença perante “grupos chave”. Se a compreendermos como parte daquela racionalidade bastante específica relacionada com a economia política, a situação assume novos contornos e a teorização sobre uma racionalidade neoliberal entra em cena.

Há uma certa padronização no modo em que o problema do HIV/AIDS é composto por meio da UNAIDS e do Banco Mundial. Mais uma vez, essa padronização se dá pelo modo de se interpretar o vírus. Há, portanto, uma normalização no modo de imaginar, definir, diagnosticar e tratar o HIV/AIDS em todo o mundo – visão propagada em um primeiro momento por práticas de instituições como a UNAIDS e o Banco Mundial. O papel da UNAIDS era descrever *sobre o que* devemos atuar, delimitando os principais focos, atores e prospectos da doença. O Banco Mundial se preocupa em estabelecer uma sistemática de modo que seja respondido *como* se dá esse governo, estabelecendo diretrizes por meio da oferta de ideias de saúde no plano internacional e trazendo à tona a tarefa de saber *quem* será o alvo dessas diretrizes.

Portanto, por meio de uma oferta de ideias, recursos e expertise canalizada pelo Banco Mundial, os *governados* podem ser os Estados inseridos em um prisma globalizado, ou no nosso caso, a parcela minoritária da população que se enquadra nas categorias de risco já estabelecidas e que, por si só, já deixam claro o foco das possíveis ações de combate ao HIV/AIDS, no plano nacional. De modo que é perceptível um incremento substancial da distribuição de TARV, garantindo desde 1996 tratamento gratuito via SUS. Para além disto, há campanhas para refrear o contágio do HIV/AIDS que são encabeçadas pela União, com o intuito de mitigar o preconceito contra a doença, além de campanhas de prevenção e testagem, sempre com o foco em uma parcela populacional.

Ao adentrarmos no principal objetivo do presente texto, que fora determinar se houve de fato uma governamentalidade, que perpassa tanto o Estado brasileiro, quanto a cidade de Curitiba no seu modo de efetuar ações e políticas sobre o

HIV/AIDS, cremos que sim, mas de maneira parcial. A partir dos empréstimos do Banco Mundial ao Brasil – AIDS I, AIDS II, AIDS III e Aids-SUS (AIDS IV) –, nota-se a resistência brasileira ao não adotar as medidas de austeridade propostas pelo Banco na área de saúde, com o estabelecimento em 1988 do SUS com propósitos claros de promoção da saúde pública em todo o território nacional. Os empréstimos foram realizados de maneira praticamente ininterrupta de 1993 até 2015 e, sem dúvida alguma, foram cruciais para a resposta do governo brasileiro à doença. Contudo, há que se evidenciar uma questão relevante: acreditamos que há uma quebra parcial do modelo de gestão pregado pelo Banco e, também, pela UNAIDS.

Parcial, pois o Brasil fora um dos receptadores tanto da expertise de instituições multilaterais quanto de recursos financeiros por elas providos. Contudo, a recusa do Brasil em parar de efetivamente tratar os seus pacientes como sugerem relatórios do Banco, efetivando um maior peso à saúde pública como um todo em detrimento de aspectos econômicos de custo-benefício. Isso fica claro tanto na Lei de nº 9.313/96, quanto no licenciamento compulsório de medicamentos antirretrovirais estabelecido em 2007, confrontando ideais da OMC e do TRIPS. A quebra, além de promover visibilidade ao Estado brasileiro, tornando-o um líder entre países em desenvolvimento para questões relacionadas à saúde pública, também colabora para o fim do debate “tratamento vs. prevenção”. Ao conjugar as duas pontas, o modelo brasileiro passa, então, a ser visto como um sucesso por conta de suas métricas positivas, muito aquém da avaliação delimitada em relatórios propostos por experts internacionais. Ao fim, tanto a UNAIDS quanto o Banco Mundial e outras instituições enxergam no Brasil um caso de sucesso. Muito embora em nenhum dos empréstimos ativos feitos pelo Banco houvesse cláusulas destinando recursos para a compra de medicamentos, denotando a capacidade brasileira de prover tais insumos médicos, quanto uma política pública eficiente, que posteriormente, foi tida como um modelo em âmbito global.

A escolha por Curitiba nos proporciona uma visão ímpar sobre como a governamentalidade e as tecnologias de poder podem operar em questões relacionadas a saúde. A análise da documentação primária, sobretudo os Relatórios de Gestão Municipal, além dos relatórios da Secretária Municipal de Saúde e dos

Planos de Ações e Metas, foram fundamentais para compreendermos a continuidade política das ações tomadas pela cidade. Sem nenhum tipo de ruptura abrupta no manejo político local, as ações demonstram um *continuum* político, com incrementos tecnicistas, sobre a gestão de dados, capacidade laboratorial e treinamento contínuo dos profissionais de saúde que estão posicionados na linha de frente ao enfrentamento do HIV/AIDS.

Ao longo dos vinte anos analisados, pode-se perceber que o manejo do HIV/AIDS perpassa por questões relativas ao governo, sobretudo ao que tange a esfera individual dos soropositivos. Esta sistemática parte do pressuposto de que, apesar da temática do HIV/AIDS ser de extrema relevância para a saúde pública, cabe ao indivíduo a decisão unilateral de se proteger – seja por meio da TARV, redução de danos ou do uso de preservativos – do vírus. Essa sistemática também reafirma um controle jurídico-econômico, pautados sobretudo nos incentivos recebidos pelo governo federal, por meio do Plano de Ações e Metas, instituindo métricas de avaliação orçamentárias, com o intuito de fomentar ações e políticas. Curiosamente, é a partir deste manejo que se apresenta o caráter disciplinar e biopolítico em sua capilaridade.

Mais uma vez, disciplinar, por instituir uma série de elementos que padronizem as ações da SMSC, diante dos “grupos chave”, agindo enquanto uma via de mão dupla, instituindo uma certa disciplina em quem necessita dos serviços oferecidos, estabelecendo um leque de ações determinando o que é tido enquanto a norma, e por si só, denotando um caráter de exclusão, em que o soropositivo, ou o integrante de grupos que necessitem de serviços de apoio para o HIV/AIDS sejam vistos como desviantes da heteronormatividade ou de um padrão de vida considerado sadio – portanto, anormal. Biopolítica por ser direcionado a capilaridade e frisar um gerenciamento da vida dessa parcela da população, seja pelo contínuo escrutínio médico de contagens de células CD4+, monitoramento e controle do alastramento do HIV/AIDS, índices e cálculos, sobre morbidade, novas infecções e quadros que apresentam melhoras clínicas diante do tratamento.

Todos estes fatores corroboram a nossa hipótese de que as práticas concebidas na cidade de Curitiba estão alinhadas com uma governamentalidade,

que é oriunda da esfera federal e que, por sua vez, possui capital do Banco Mundial, além de estar em comum acordo com as chancelas propostas pela UNAIDS. Em específico, o caso curitibano se torna emblemático por conta das constantes outorgas sobre a temática, circunscrevendo a cidade tanto como um dos polos agregadores de boas práticas para o HIV/AIDS, quanto um polo exportador de políticas públicas em escala internacional. Isto fica evidente, pois, para além do total de 245 metas programáticas, quatro premiações pelo conjunto de boas práticas que se estabeleceram entre 2003-2020, 8 premiações e duas parcerias, Curitiba também conta com três programas emblemáticos: AHA, e e-Coa/COA, Mãe Curitibana.

Como visto, os três programas consolidam a cidade enquanto um receptor e um exportador de boas práticas. Tanto o AHA, como o e-COA, contam com uma expertise internacional, sendo o primeiro deles, citado e elencado enquanto uma prática de sucesso no relatório da UNAIDS (2019) e fora exportado para outras cidades brasileiras. Já o e-Coa, serve enquanto um ponto específico de testagem para os “grupos chave” e, também, possui patrocínio do CDC para o desenvolvimento de pesquisas sobre a temática. Ambas as políticas são consideradas modelo, tanto pelo seu método de gestão, quanto pelo tato ao tratar pacientes que necessitam de seus serviços. O programa Mãe Curitibana se torna um caso exemplar, sobretudo internacionalmente, visto que se enquadra dentro dos ODMs e ODS, além de promover intercâmbio de ideias entre experts e gestores públicos em âmbito nacional e internacional.

Deste modo, acreditamos que há um movimento duplo no que se refere ao aspecto do governo e, sobretudo, da governamentalidade na cidade de Curitiba. Se por um lado, a mesma é um receptora de uma racionalidade advinda de instituições internacionais, sobretudo por meio de dispositivos disciplinares, biopolíticos e jurídico-econômicos, que perpassam mesmo que de maneira adjacente a política para o HIV/AIDS na esfera nacional, em forma de recursos financeiros, por outro, a cidade de Curitiba os acolhe, e os replica, como fora visto por meio de inúmeras visitas de comitivas oficiais para compreender e conhecer os programas para HIV/AIDS durante os anos analisados. Para além disso, também há uma

transposição de programas de saúde para outras localidades em âmbito nacional. Outrossim, a cidade se finda enquanto um modelo internacional de boas-práticas, visto que apesar do não cumprimento da meta 90-90-90, participa de fóruns de discussões internacionais sobre o tema como o *Fast Track Cities*, se findando enquanto uma cidade que demonstra buscar iniciativas inovadoras sobre a temática.

Contudo, a cidade peca na construção de políticas públicas que pretendam dar um passo para além do dos “grupos chaves”. A partir do momento em que a racionalidade sobre a doença ainda é permeada pela contenção do vírus somente pelos “grupos de risco”, o estigma e o preconceito prevalecem, sobretudo perante os nichos mais conservadores da sociedade. Outro ponto é a própria retroalimentação das bases de dados e mecanismos de gestão sobre a doença. Se os focos de testagem, aconselhamento e tratamento perpassam apenas por locais especializados para o tratamento físico e psicológico desta população, o caminho lógico é que os dados continuem a ser replicados, condicionando uma espécie de amarra, onde toda e qualquer ação ou política pública para o HIV/AIDS seja diretamente vinculada aos HSH, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e a população LGBT que, por si só, já é estigmatizada.

Isso acarreta a ausência de políticas públicas mais abrangentes sobre a temática, de maneira que, como vimos, há mais de 200 metas programáticas e recorrentes sobre o HIV/AIDS neste período de 20 anos. Porém, não há, de fato, uma política que não seja sectária e que de alguma maneira remova a epistemologia que circunda a doença desde o seu nascedouro. Isto posto, gostaríamos de ressaltar que as ações na cidade em termos métricos e absolutos produziram efeitos significativos para a contenção do vírus, sobretudo após a adoção da PeP e da PreP em 2017, além da prevenção combinada – que parte de uma iniciativa em âmbito federal. Porém, ainda se faz necessário um maior alargamento destas medidas, afim de alcançar e instruir a população como um todo, sem discriminação, preconceito e, sobretudo com políticas e com um governo que verse mais sobre a doença e menos sobre o doente.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEM, Giorgio. **Homo Sacer: O poder soberano e a vida nua I**. Belo Horizonte, 2014.

ARAUJO, Dhyego. **Disciplina, biopolítica e “sidanização”**: considerações a partir do aplicativo A Hora é Agora – Testar nos deixa mais fortes. **Rev. Direito e Práx., Rio de Janeiro, Vol. 08, N.3, 2017, p. 1833-1862.**

ARAÚJO, Inês Lacerda. **Formação discursiva como conceito chave para a arqueologia do saber**. In: BARONAS, Roberto Leiser (org.). *Análise do Discurso: apontamentos para uma história da noção-conceito de formação discursiva*. São Paulo: Pedro & João Editores, 2007.

AVELINO, Nildo. **Governamentalidade e Arqueologia em Michel Foucault**. Revista Brasileira de Ciências Sociais - Vol. 25 N° 74, 2010, p. 139-157.

BARNETT, Tony. **A long-wave event. HIV/AIDS, politics, governance and ‘security’**: sundering the intergenerational bond? *International Affairs* 82, 2 (2006) 297–313

BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o desenvolvimento Mundial 1993**: Investindo em Saúde, 1993. Disponível em: <http://repositoriosanitaristas.conasems.org.br/jspui/bitstream/prefix/1005/1/Relat%C3%B3rio%20sobre%20o%20Desenvolvimento%20Mundial%201993-%20investindo%20na%20sa%C3%BAde.pdf>

BANCO MUNDIAL. **A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil**: Uma agenda para os anos 90. 1995. Disponível em: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/421811468239375008/pdf/126550SR0Portuguese0Box96983B01PUBLIC1.pdf>

BANCO MUNDIAL. Governança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: Fortalecendo a qualidade do Investimento Público e da Gestão de Recursos. Brasil, 2007. Disponível em: <http://200-98-146-54.cloudnuol.com.br/bitstream/123456789/1302/1/Brasil%20Governan%C3%A7a%20no%20sistema%20%C3%BAnico%20de%20sa%C3%BAde%28SUS%29%20do%20Brasil.pdf>

BANCO MUNDIAL. **Primeiro e Segundo Projeto de Controle de AIDS e DST**: Relatório de Desempenho de Projeto. (Empréstimos 3659-BR E 4392-BR), 2004.

BLANCO, Ramón. **Normalizando os anormais na sociedade internacional:** Operações de paz, Foucault e a Escola Inglesa. Relações Internacionais, 2017.

BLANCO, Ramón; HOFF, Natali. **A Governamentalidade Global:** uma abordagem foucaultiana das Relações Internacionais. Manuscrito não publicado.

BRASIL. **Política Nacional de DST/AIDS:** Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. **AIDS II:** Relatório de Implementação e Avaliação – Dezembro de 1998 a Maio de 2001. Ministério da Saúde: 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/154_12aidsII.pdf

BRASIL. **Plano Estratégico do Programa Nacional de DST/AIDS – 2004/2007.** Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Orientações sobre o sistema de monitoramento da Política de Incentivo no âmbito do Programa Nacional de DST/HIV/AIDS.** 2006.

BRASIL. **PNAB – Política Nacional de Atenção Básica,** 2012.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico – HIV/AIDS.** Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Orientações gerais sobre o financiamento da Vigilância em Saúde e sobre a forma de consultar as transferências Fundo a Fundo realizadas,** 2017a. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/17/Orientacoes-sobre-os-recursos-transferidos-no-Bloco-de-Vigilancia-em-Saude.pdf>. Acesso em 05/01/2021.

BRASIL. **Prevenção Combinada do HIV,** 2017b.

BRÖCLIKG, Ulrich; KRASSMANN, Susanne; LENKE, Thomas. **From Foucault's Lectures at the Collège de France to Studies of Governmentality.** In: *Governmentality: Current Issues and Future Challenges*. Routledge, 2010

BURCHELL, Graham. Liberal Government and techniques of the self. In: ***Foucault and political reason: Liberalism, neo-liberalism and rationalities of government.*** The University of Chicago Press. Chicago, 1996.

BURGER, Marion; *et al.* **O Impacto do programa Mãe Curitibana sobre a Transmissão Vertical do HIV no município de Curitiba entre 2000 e 2009.** *DST*

- *J bras Doenças Sex Transm* 2011; 23(2): 76-83 - ISSN: 0103-4065 - ISSN on-line: 2177-8264

CANDIOTTO, Cesar. **A Genealogia da Ética de Michel Foucault**. Educação e Filosofia. Uberlândia, v. 27, n. 53, p. 217-234, jan./jun. 2013.

CARMO, Miguel Ângelo Oliveira. **Moral, ética e estética da existência em Michel Foucault**. Griot: Revista de Filosofia, Amargosa – BA, v.19, n.2, p.300-310, junho, 2019.

CHANDLER, David. ***The Global Ideology: rethinking the Politics of the “Global Turn” in IR***. International Relations 23(4), 2009: p. 530-547.

CHERQUES, Hermano Roberto Thiry. **À moda de Foucault: um exame das estratégias arqueológica e genealógica de investigação**. *Lua Nova*, São Paulo, 81: 215-248, 2010.

CLEMENTE. Erick Fifres. **Os Liberalismos de Foucault e Mises**. Dissertação de Mestrado em Políticas Públicas, Universidade Federal do Paraná, 2017.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Instituto Municipal de Administração Públicas. **Relatório Anual, 1999**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 1999.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Instituto Municipal de Administração Públicas. **Relatório Anual, 2000**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2000.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Instituto Municipal de Administração Pública. **Relatório de Gestão da Prefeitura Municipal de Curitiba, 2001**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2002.

CURITIBA. Prefeitura de Municipal. **Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Curitiba 2002-2005**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2001.

CURITIBA. Secretaria da Saúde. **Relatório de Programas da SMS e Atividades Realizadas no SUS – Curitiba – Comparativo Anual 2004-2005**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2005.

CURITIBA. Secretaria da Saúde. **Relatório de Programas da SMS e Atividades Realizadas no SUS – Curitiba – Comparativo Anual 2005-2006**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2006.

CURITIBA. Secretaria da Saúde. **Relatório de Programas da SMS e Atividades Realizadas no SUS – Curitiba – Comparativo Anual 2006-2007**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2007.

CURITIBA. Secretaria da Saúde. **Relatório de Programas da SMS e Atividades Realizadas no SUS – Curitiba – Comparativo Anual 2007-2008**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2008a.

CURITIBA. Secretaria da Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2008**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2008b.

CURITIBA. Secretaria da Saúde. **Relatório de Programas da SMS e Atividades Realizadas no SUS – Curitiba – Comparativo Anual 2008-2009**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2009a.

CURITIBA. Secretaria da Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2009**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2009b.

CURITIBA. Secretaria da Saúde. **Relatório de Programas da SMS e Atividades Realizadas no SUS – Curitiba – Comparativo Anual 2009-2010**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2010a.

CURITIBA. Secretaria da Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2010**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2010b.

CURITIBA. Secretaria da Saúde. **Relatório de Programas da SMS e Atividades Realizadas no SUS – Curitiba – Comparativo Anual 2010-2011**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2011a.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Instituto Municipal de Administração Pública. **Relatório de Gestão da Prefeitura Municipal de Curitiba, 2011**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2011b.

CURITIBA. Secretaria de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2012 – SMS – Curitiba, 2012.** Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2012.

CURITIBA. Secretaria de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2013 – SMS – Curitiba, 2013.** Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2013.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Instituto Municipal de Administração Pública. **Relatório de Gestão da Prefeitura Municipal de Curitiba, 2014.** Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2014b.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Instituto Municipal de Administração Pública. **Relatório de Gestão da Prefeitura Municipal de Curitiba, 2015.** Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2015.

CURITIBA. Secretaria da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2014a.

Curitiba. Secretaria da Saúde. **Relatório de Gestão – Período de Janeiro a Dezembro de 2014.** Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2014b.

CURITIBA. Secretaria de Saúde. **Programação Anual de Saúde, Metas - 2016.** Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2016.

CURITIBA. Secretaria de Saúde. **Programação Anual de Saúde, Metas - 2017.** Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2017a.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Instituto Municipal de Administração Pública. **Relatório de Gestão da Prefeitura Municipal de Curitiba, 2017.** Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2017b.

CURITIBA. Secretaria de Saúde. **Programação Anual de Saúde (PAS) 2018.** Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2018a.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Instituto Municipal de Administração Pública. **Relatório de Gestão da Prefeitura Municipal de Curitiba, 2018**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2018b.

CURITIBA. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2018.

CURITIBA. Secretaria de Saúde. **Curitiba ganha clínica pioneira para diagnóstico e tratamento de homens**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2018d. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/noticias/1000-curitiba-inaugura-servico-inedito-de-diagnostico-ists-para-perfil-especifico.html> .Acesso em 11/01/2021.

CURITIBA. Secretaria de Saúde. **Programação Anual de Saúde (PAS) 2019**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2019a.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Instituto Municipal de Administração Pública. **Relatório de Gestão da Prefeitura Municipal de Curitiba, 2019**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2019b.

CURITIBA. Secretaria de Saúde. **Programação Anual de Saúde (PAS) 2020**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2020a.

CURITIBA. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. 2019b. Disponível em: http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/boletim-epidemiologico_hiv-aids_2019.pdf

CURITIBA. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. 2020b.

Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. **Prefeitura abre mais um hospital exclusivo para covid-19**. Disponível em: <https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/prefeitura-abre-mais-um-hospital-exclusivo-para-covid-19/57295>. Acesso em: 21/01/2021

DEAN, Mitchell. **Governmentality: Power and Rule in Modern Society**. SAGE, 2010.

DILLON, Michael. **Governing through contingency: The security of biopolitical governance.** Political Geography 26, 41-47, 2007.

FONSECA, Elise. **Descentralização, AIDS e redução de danos:** a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(9):2134-2144, set, 2007

FONTES, M. Interface **entre as políticas internacionais e nacionais de AIDS.** In: Saúde, Desenvolvimento e Política: respostas frente à AIDS no Brasil (Parker, R.G.; Galvão, J. & Besser, M.S., orgs), pp. 91-122, Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: Editora 34. 1999.

FOLLÉT, Maj-Lis. **Governing AIDS through aid to civil society:** Global solutions meet local problems in Mozambique. African Journal of AIDS Research 2013, 12(1): 49–59, 2013

FOUCAULT, Michel. 'What is Enlightenment?'. In: Rabinow, Paul (ed.) **The Foucault Reader.** New York: Pantheon Books, 1984.

_____. **A ética do cuidado de si como prática da liberdade.** In: Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. **Em Defesa da Sociedade.** 4ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005

_____. **Nietzsche, a genealogia e a história.** In: Microfísica do Poder. 22ª Ed. São Paulo. Graal, 2006.

_____. **O nascimento da medicina social.** In: Microfísica do Poder. 22ª Ed. São Paulo. Graal, 2006b.

_____. **Gerir os ilegalismos.** In: _____. Michel Foucault: entrevistas a Roger Pol-Droit. São Paulo: Graal, 2006.

_____. **Segurança, Território e População.** São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. **O Nascimento da Biopolítica.** São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

_____. **A Arqueologia do Saber.** 7ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitário, 2008c.

_____. **As Palavras e as Coisas.** 9ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____. **Do Governo dos Vivos.** Rio de Janeiro: Achiamé, 2011.

_____. **Sobre a Genealogia da Ética um Resumo do Trabalho em Curso.** In: Ditos e Escritos IX: Genealogia da Ética, subjetividade e sexualidade. Forense, 2014a.

_. **Prefácio à História da Sexualidade.** In: Ditos e Escritos IX: Genealogia da Ética, subjetividade e sexualidade. Forense, 2014b.

_. **Sobre a Genealogia da Ética: um resumo do Trabalho em Curso.** In: Ditos e Escritos IX: Genealogia da Ética, subjetividade e sexualidade. Forense, 2014c.

_. **Uma Entrevista de Michel Foucault por Stephen Riggins.** In: Ditos e Escritos IX: Genealogia da Ética, subjetividade e sexualidade. Forense, 2014d.

_. **O Sujeito e o Poder.** In: Ditos e Escritos IX: Genealogia da Ética, subjetividade e sexualidade. Forense, 2014e.

_. **A História da Sexualidade I: A Vontade de Saber.** São Paulo. Paz e Terra, 2014f.

_. **A História da Sexualidade II: O uso dos prazeres.** São Paulo. Paz e Terra, 2014g.

_. **A História da Sexualidade III: O cuidado de si.** São Paulo. Paz e Terra, 2014h.

_. **“Omnes et Singulatim”:** uma crítica da Razão Política. In: Ditos e Escritos IV: Estratégia, Poder-Saber. Forense, 2015.

_. **(Manifesto do GIP).** In: Ditos e Escritos IV: Estratégia, Poder-Saber. Forense, 2015b.

_. **Vigiar e Punir:** O nascimento da prisão. Rio de Janeiro: Vozes 7ª Ed. 2019.

FEDATTO, Maria. **A Cooperação Internacional na efetivação da saúde Global:** O papel do Brasil no combate ao HIV. Boletim de Economia e Política Internacional | BEPI | n. 21 | Set./Dez. 2015

FLORENCIO, Felipe. **Além do sujeito e da estrutura:** Uma análise da ascensão do conceito de soberania sob a perspectiva foucaultiana. Dissertação de Mestrado em Políticas Públicas, Universidade Federal do Paraná, 2017.

FREIRE, Alyson. **Michel Foucault e o problema da racionalidade.** INTER-LEGERE | Natal, v. 2, n. 24, jan/abr, 2019

FORATTINI, Oswaldo. **AIDS e sua origem**. Ver. Saúde pública, 27(3): 153-4, 1993.

G1. **Lula quebra patente de remédio anti-Aids**. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Ciencia/0,,MUL31234-5603,00LULA+QUEBRA+PATENTE+DE+REMEDIO+ANTIAIDS.html>

GALVÃO, Jane. **Aids no Brasil: A Agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro: Editoria 34, 2000.

GALVÃO, Jane. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS. In PARKER, Richard (org). Políticas, Instituições e AIDS: Enfrentando a Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

GRAGNOLATI, Michele; LINDELOW, Magnus; COUTTOLENC, Bernard. **20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde**. The World Bank. Washington, D.C. 2013. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/818684/id705538.pdf>

GRANGEIRO Alexandre, SILVA, Lindinalva; TEIXEIRA, Roberto. **Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária**. Panam Salud Publica. 2009;26(1):87–94.

GRECO, Dirceu; SIMÃO, Mariangela. **Brazilian policy of universal access to AIDS treatment: sustainability challenges and perspectives**. AIDS 2007, 21 (suppl 4):p. 37–45

GRECO, Dirceu. **A epidemia da Aids: Impacto social, científico, econômico e perspectivas**. Estudo avançados 22 (64), p. 73-94, 2008.

GRMEK, Mirko. **O enigma do aparecimento da AIDS**. Estudos avançados 9 (24), p. 229-239, 1995.

GARBOIS, Júlia; VARGAS, Liliana; Cunha, Fátima. **O Direito à Saúde da Família: uma reflexão necessária**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18 [1]: 27-44, 2008.

GORDON, Colin. *Governmental rationality: An introduction*. In: BURCHELL, et. al. **The Foucault effect: Studies in governmentality**. University of Chicago Press. Chicago, 1991.

GORDON, Colin. **Governamentalidade e a genealogia da política**. Educ. Pesqui., São Paulo, v. 39, n. 4, p. 1049-1065, out./dez. 2013.

GIACOMONI, Marcello; VARGAS, Anderson. **Foucault, a Arqueologia e a Formação Discursiva**. VEREDAS ON LINE – ANÁLISE DO DISCURSO – 2/2010, P. 119-129 – PPG LINGUÍSTICA/UFJF – JUIZ DE FORA.

GIACOMINI, Margarete; SOUZA, Martha. **Transmissão vertical de infecções sexualmente transmissíveis: Uma revisão narrativa**. *Disciplinarum Scientia*. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 18, n. 2, p. 409-417, 2017.

JOSEPH, Jonathan. **Governmentality of What? Populations, States and International Organizations**. *Global Society*, 23:4, 413-427, 2009.

_. **The Limits of Governmentality: Social Theory and the International**. *European Journal of International Relations* 16(2), 2010, p. 223- 246.

_. **What Can Governmentality Do for IR?** *International Political Sociology*. P. 202-205. 2010

HARDT, Michael; NEGRI, Antonio. **Império**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

HAMMAN, Trent. **Neoliberalismo, governamentalidade e ética**. *Ecopolítica*, 3: 99-133, 2012

HINDNESS, Barry. **Politics and governmentality**. *Economy and Society*, 26:2, 257 — 272, 1997

KANTOROWICZ, Ernst. **Os dois corpos do rei: Um estudo sobre teologia política medieval**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

KOHLMORGEN, Lars. **Internacional Governamental Organizations and Global Health Governance**: the role of World Health Organization, World Bank and UNAIDS. In: WOLFGANG, Hein; BARTSCH Sonja; KOHLMORGEN Lars. *Global Health Governance and the Fight Against HIV/AIDS*. London: Palgrave Macmillan, 2005.

LAGO, Regina; COSTA, Nilson. **Dilemas da política de distribuição de medicamentos antirretrovirais no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3):3529-3540, 2010

LARNER, Wendy. **Neo-liberalism: Policy, Ideology, Governmentality**. *Studies in Political Economy*, 3, Autumn, 2000.

LENKE, Thomas. **Foucault, Governmentality**. and Critique. 2000. *Rethinking Marxism Conference*, University of Amherst (MA), September 21-24.

_. **Foucault, Governmentality, and Critique**. *Rethinking Marxism: A Journal of Economics, Culture & Society*, 14:3, 49-64, 2002.

_. **An indigestible meal? Foucault, governmentality and state theory**. *Distinktion: Scandinavian Journal of Social Theory*, 8:2, 43-64, 2011.

_, Thomas. **Foucault, governamentalidade e critica**. São Paulo. Editora Filosófica Politeia, 2017.

LARNER, Wendy; WALTERS, Willian. **Global governmentality**: Governing international spaces. In: LARNER, Wendy; WALTERS, Willian. *Global Governmentality: Governing International Spaces*. London and New York: Routledge, 2005.

LIPSCHUTZ, Ronnie. Power, **Politics and Global Civil Society**. *Millennium: Journal of International Studies*, 2005. ISSN 0305-8298. Vol.33, No.3, pp. 747-76. 2005

LIMA, Iara Vigo. (2010) **Foucault's Archeology of Political Economy**. London: Palgrave Macmillan.

LIMA, Cristina Araújo. **Região Metropolitana de Curitiba – Desafios socioambientais e de gestão em rumo de desenvolvimento sustentável**. URBANIFTsICA. Roma: Istituto Nazionale di Urbanistica, n.125, p. 18-22, set/dic. 2004.

LIMA, Cristina Araújo; MENDONÇA, Francisco. **Planejamento Urbano-Regional e Crise Ambiental: Região Metropolitana de Curitiba**. São Paulo em perspectiva, 15(1), 2001.

MACHADO, Roberto. Introdução: Por uma genealogia do Poder. In: FOUCAULT, MICHEL. **Microfísica do Poder**. 22^a Ed. São Paulo. Graal, 2006.

MAQUIAVEL, Nicolau. **O príncipe**. São Paulo: Hunter, 2014.

MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel. **Responding to HIV/AIDS**: A historical perspective. Health and Human Rights, Vol. 2, No. 4, HIV/AIDS and Human Rights. Part I: The Roots of Vulnerability. 1998, p. 5-8.

MASSUDA, Adriano. **Construindo novos caminhos para reforma na saúde**: Reflexões sobre a práxis da formulação e implementação de mudanças na gestão e no modo de produção de práticas de saúde no SUS em Curitiba. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, UNICAMP, 2014.

MATTOS, Ruben. 2001a. **As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90**: um panorama geral da oferta de idéias. Ciência e Saúde coletiva, 6(2): 377-389.

MATTOS, Ruben; TERTO JÚNIOR, Veriano; PARKER, Richard. **As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil**. ABIA, Rio de Janeiro, 2001

MÉRCHER, Leonardo. **Paradiplomacia do Rio de Janeiro**: Variáveis explicativas à política externa de uma cidade. Tese em Ciência Política no Curso de Pós-Graduação em Ciência Política Universidade Federal do Paraná. 2016

MILLER, Peter; ROSE, Nikolas. **Political power beyond the State: Problematics of Government**. British Journal of Sociology, 43, 2, 172-205, 1992.

RIBEIRO *et al.* **Estudo das Representações sociais sobre a aids por profissionais de saúde que atuam no contexto da soropositividade para o HIV**. DST – J bras Doenças Sex Transm 16(4): 14-18, 2004.

MILLER, Peter; ROSE, Nikolas. **Governing economic life**. *Economy and Society*, 19:1, 1 – 31, 2007.

NALLI, Marcos. **Arqueologia e genealogia**: Ensaio de caracterização do saber como objeto de investigação da arqueologia foucaultiana. Perspectiva Filosófica. Volume IX – n. 18 Julho – Dezembro, 2009.

NOGUEIRA, Tatiana. **Licenciamento compulsório e acesso ao tratamento do HIV/AIDS no Brasil**. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública. Fiocruz, 2013.

NUNES, Júnior. Suely Ciosak. **Terapia antirretroviral para HIV/AIDS**: O estado da arte. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(4):1103-11, abr., 2018

OLIVEIRA, Maria; BERMUDEZ, Jorge; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia. **Assistência Farmaceutica e Acesso a Medicamentos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

PARKER, Richard. **Na contramão da AIDS**: Sexualidade, intervenção e Política. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Saúde coletiva**: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, Aug. 1998

PETERSON, Susan. **Epidemic disease and national security**. Security studies 12, no. 2 (winter 2002/3): 43–81.

PEREIRA, Ricardo. **Project, implementation, subversion**: grasping the cycle of global liberal HIV/AIDS policy. Oficina do CES n.º 361 janeiro de 2011.

PINTO, Agnes; *et al.* **Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos**. DST – J bras. Doenças Sex Transm. 19(1): 45-50, 2007.

PONTES, Miguel. Interfaces entre as políticas internacionais e nacionais de AIDS. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane; BESSA, Marcelo. Saúde, Desenvolvimento e Política Repostas frente à AIDS no Brasil. ABIA, Rio de Janeiro, 1999.

PROZOROV, Sergei. **Foucault, Freedom, and Sovereignty**. Burlington: Ashgate. 2007.

SELBY, Jan. **Engaging Foucault: Discourse, Liberal Governance and the Limits of Foucauldian IR**. *International Relations*; 21; 324-346, 2007.

SENEILLART, Michel. **As Artes de governar**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2006.

SILVA, Evelise Zampier; KAUCHAKJE, Samira. **Cidades e espraiamento de políticas públicas - intercâmbios entre o local e o global: o caso do Programa Mãe Curitibana**. II Workshop de pesquisa em Relações Internacionais da UFPR, 2015.

RIZZOTTO, Maria; Campos, Gastão. **O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde Brasileiro no início do século XXI**. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.2, p.263-276, 2016

RIZZOTTO, Maria. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil no anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. Tese de Doutorado apresentada à Pós-

Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. UNICAMP, 2000.

RODRIGUES, Thiago. **Guerra e política nas Relações Internacionais**. São Paulo: PUC-SP, 2010.

ROJAS, Cristina. Governing through the social: **Representations of poverty and Global Governmentality**. In: Larner W, Walters W (eds) *Global Governmentality: Governing International Spaces*. London and New York: Routledge, 2004.

ROSE, Nikolas; O'Malley, Pat; VALVERDE, Mariana. **Governmentality**. *Annu. Rev. Law Soc. Sci.* 2:83–104, 2006.

ROSE, Nikolas. **Powers of Freedom**. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

ROSENOW, Doerthe. **Decentering Global Power: The Merits of a Foucauldian Approach to International Relations**. *Global Society*, 23:4, 497-517, 2009.

SADALA, Maria Lúcia Araújo; MARQUES, Sílvio de Alencar. **Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2369-2378, Nov. 2006.

SALLES, Fernanda. **A nova face das políticas de desenvolvimento do Banco Mundial: do ajuste estrutural para a boa governança**. *Rev. Carta Inter.*, Belo Horizonte, v. 11, n. 2, 2016, p. 99-125

SÁNCHEZ, Fernanda. **A reinvenção das cidades na virada do século: Agentes, estratégias e escaladas de ação política**. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, 16, p. 31-49, jun. 2001

SANTOS, Liliam. **A regulação na saúde e o fortalecimento do setor privado sob a orientação do Banco Mundial**. Paço Editorial. Jundiaí, 2011.

SENDING, Ole Jacob; NEUMANN, Iver. **Foucault's Concept of Governmentality: Emergence, Purchase, Promise**. In: *Governing the Global Polity*, 18-45. University of Michigan, 2010.

SOUZA, Nelson Rosário. **Planejamento Urbano em Curitiba: saber técnico, classificação dos cidadãos e partilha da cidade**. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, 16, p. 107-122, jun. 2001

SOUZA, Marcus; ALMEIDA, Mauro. **Drogas anti-HIV: Passado, presente e perspectivas futuras**. *Quim. Nova*, Vol. 26, No. 3, 366-372, 2003

STOEVA, Preslava. **International Relations and the Global Politics of Health: A State of Art?** Global Health Governance - The Scholarly Journal for the New Health Security Paradigm, 10 (3). pp.97-109, 2016.

TREICHLER, Paula. **Aids, Homophobia and Biomedical Discourse: an epidemic of signification**, in CRIMP, Douglas (org.), *Aids: Cultural Analysis*, Cultural Activism. Cambridge, Massachusetts, 1989.

TORRES, Raquel *et al.* **Análise do risco de infecção IV em homens que fazem sexo com homens (HSH) que participaram do projeto A Hora é Agora, em Curitiba/PR, Brasil.** In: ANAIS DO CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 2018, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos... Campinas, GALOÁ, 2019.

MIQUELIN, Janice; CARVALHO, Cleide; GIR, Elucir; PELÁ, Nilza. **Estresse nos profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pacientes portadores de HIV-Aids.** DST – J bras Doenças Sex Transm 16(3):24-31, 2004

UNAIDS. **National AIDS Programmes: A Guide to Monitoring and Evaluation.** Relatório No UNAIDS/00.17E. Genebra, Suíça, 2000.

UNAIDS. **Initiating Second Generation HIV Surveillance Systems: Practical Guidelines.** Relatório No UNAIDS/02.45E-WHO/HIV/2002.17. ISBN 92-9173-219-2, 2002.

UNAIDS. The first 10 years, 1996-2006. 2008. Disponível em: http://data.unaids.org/pub/report/2008/jc1579_first_10_years_en.pdf

UNAIDS. 90-90-90. Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. 2015. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf

UNAIDS. How Aids Changed Everything. MDG 6: 15 years, lessons of hope from aids response, 2016. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf

UNAIDS. Communities at the centre. 2019. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/2019-global-AIDS-update>

VIDAL, Eglídia *et al.* **Políticas públicas para pessoas com HIV:** discutindo direitos sexuais e reprodutivos. Rev. Rene. Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 166-174, abr./jun.2009.

VILLARINHO, Mariana, *et al.* **Políticas públicas de saúde face a epidemia da AIDS e a assistência as pessoas com a doença.** Rev Bras Enferm, Brasília 2013 mar-abr; 66(2): 271-277

VIEIRA, José Luís da Costa. **A vida depois da descoberta: a percepção da qualidade do serviço de assistência em HIV/AIDS**. Dissertação de Mestrado Profissional em Políticas Públicas. Universidade Federal de Pernambuco, 2018.

WEBER, Max. **Economia e Sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva**. 4. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2009.

WORLD BANK. **Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for reform**, 1987. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/pt/468091468137379607/pdf/multi-page.pdf>

_. **Public Priorities in a global epidemic**. 1997. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/pt/211211468779168446/pdf/multi0page.pdf>

_. **Evaluation of the World Bank's Assistance in Responding to the AIDS Epidemic: Brazil Case Study**. 2005.

_. **Implementation completion and results report** (IBRD-47130), 2008.

_. **Implementation completion and results report**. (IBRD-79010). 2016.

_. ICR Review, **Report Number**: ICRR130259. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Evaluation of WHO's contribution to "3 by 5"**. 2006. Disponível em: <https://www.who.int/hiv/topics/me/3by5%20Evaluation.pdf>

ZANELATTO, Gabrielly. **Abordagem econômica para ações de saúde relacionadas ao HIV/AIDS entre população chave em Curitiba**. Monografia em Ciência Econômicas da Universidade Federal do Paraná, 2014.

ZANOTTI, Laura. **Governmentality, Ontology, Methodology: Re-thinking Political Agency in the Global**. Alternatives: Global, Local, Political. Ed. X, vol. XX, p. 1-14.