

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CASA DE OSWALDO CRUZ**

EUCLIDES AYRES CASTILHO
(Entrevista)

Ficha Técnica

Projeto de pesquisa – A fala dos comprometidos: ONGs e AIDS no Brasil

Entrevistado – Euclides Ayres de Castilho (EC)

Entrevistadores – Dilene Raimundo do Nascimento (DR) e Marcos Roma Santa (MR)

Data – 06/11/1996

Local – Brasília, DF

Duração – 1h28min

Transcrição – Regina Vidal

Conferência de fidelidade – Carlos Vinicius e Silva Martinez e Ives Mauro Junior

A citação de trechos da transcrição deve ser textual com indicação de fonte conforme abaixo:

CASTILHO, Euclides Ayres de. *Euclides Ayres Castilho. Entrevista de história oral concedida ao projeto A fala dos comprometidos: ONGs e AIDS no Brasil*, 1996. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/COC, 2021. 28 p.

Sumário

Fita 1 – Lado A

Sua formação em medicina preventiva; o trabalho como professor da USP; as funções desempenhadas na Fundação Oswaldo Cruz; a origem de seu interesse profissional pela Aids; o ingresso na Comissão Nacional de Aids, em 1987; a presidência do Comitê Diretivo de Pesquisa do Programa nacional de Aids e do Comitê de Vacinas do Programa Nacional de Aids, ambos em 1993; dificuldades em ajustar o trabalho acadêmico às demandas da área do serviço. Considerações sobre os aspectos técnicos, políticos e institucionais que envolvem o enfrentamento da Aids no Brasil; o processo de incorporação da Aids como uma questão pública, as primeiras iniciativas da comunidade científica, o surgimento das Ongs/Aids. Critica a supervalorização da questão da Aids, diante de outras questões graves de saúde pública no Brasil. Os aspectos burocráticos e administrativos que limitam a implantação e a execução das políticas públicas de combate à epidemia no país; as iniciativas do Programa para assessorar os estados e municípios na captação e administração dos recursos destinados à implantação dos programas regionais de combate à doença. Considerações sobre a imagem que a sociedade tem da Aids. Ressalta seu esforço pessoal em não deixar que seus valores morais interfiram na execução de seu trabalho. As implicações e o inquestionável valor científico do uso da categoria “grupo de risco” na epidemiologia. A redução das atitudes discriminatórias da comunidade médica, principalmente entre os que atuam cotidianamente na área clínica.

Fita 1 – Lado B

Sua relação pessoal com a ameaça da Aids. Considerações sobre as complexas redes de relações sociais que possibilitaram a disseminação da doença no mundo; o crescimento no índice de contaminação através de relações penivaginais. Ressalta o equívoco cometido por alguns colegas ao afirmarem não haver risco de contaminação da mulher para o homem. O medo da contaminação. Aspectos morais que permeiam as considerações técnico-científicas do discurso médico no processo de elaboração das campanhas de prevenção à Aids; destaca toda a complexidade que envolve a produção e a veiculação das campanhas. A polêmica em torno da proposta de “redução de danos” aplicada entre os usuários de drogas injetáveis. Considerações pessoais sobre a relação entre pesquisadores e pacientes; comentários a respeito dos livros de Hervé Guibert, “Ao amigo que não me salvou a vida”, onde o autor expõe sua mágoa diante da postura fria dos pesquisadores diante do drama dos doentes de Aids. Ressalta os aspectos clínicos no uso dos medicamentos anti-Aids e o seu efeito, pelo menos momentâneo, na garantia de uma maior qualidade de vida dos doentes; o impacto do coquetel anti-Aids na sociedade brasileira e as distorções em seu entendimento; a contribuição das atividades comunitárias desenvolvidas pelas Ongs Aids e a preocupação com a pauperização da epidemia no país.

Fita 2 – Lado A

Avaliação positiva da parceria institucional entre o governo e as Ongs-Aids. Considerações sobre uma possível lentidão nas respostas governamentais de combate ao avanço da epidemia; restrições do conhecimento científico sobre o vírus e o pessimismo diante da possibilidade de uma vacina eficaz a curto prazo; os resultados promissores

das pesquisas nas áreas clínicas e farmacológicas. O aumento da incidência de Aids entre as mulheres. Comentários sobre o trabalho e o caráter de Lair Guerra, coordenadora do PNDST/AIDS. Sua opinião pessoal sobre a vida em tempos de Aids.

Data: 06/11/1996

Fita 1 – Lado A*

DR - Hoje são 6 de novembro de 1966, de 1996, estamos em Brasília, fazendo a primeira entrevista com Dr. Euclides Castilho, participando como entrevistadores Dilene Raimundo do Nascimento e Marcos Roma Santa. Dr. Euclides, anteriormente à gravação já nos relatou seus dados pessoais, sua formação em Medicina Preventiva e está nos contando agora o momento da sua demissão como professor na USP e assumindo integralmente o seu trabalho na ENSP. Sim...

EC - Bem, então, em termos de trajetória profissional eu só trabalhei em duas instituições, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e na Fundação Oswaldo Cruz. Na... na Faculdade Medicina da USP (*tosse*) , fui membro da comissão de pós-graduação, fui chefe de departamento de Medicina Preventiva, na Fiocruz eu fui vice-presidente de ensino, de 91 a 92 e, numa situação inusitada, acumulei essa vice-presidência com a direção do Departamento de Recursos Humanos e, durante 3 meses, interinamente, respondi pela presidência, entre a gestão do professor Hermann Schatzmayr e do Dr. Carlos Morel. As minhas áreas de trabalho, portanto, sempre trabalhei em dedicação exclusiva, minha área de trabalho sempre foi a docência e a pesquisa. Na área de Métodos Quantitativos Aplicado à Saúde e Epidemiologia. Interessante que sempre mais com método epidemiológico, dando assessoria às pessoas. A AIDS é a primeira doença que passa a ser meu objeto de trabalho...

DR - Como programa de saúde e planejamento...

EC - Não, ainda na área de epidemiologia, mas tendo como objeto principal a AIDS e, trazendo a epidemiologia e antes era qualquer problema de saúde onde eu procuraria, procurava como autor principal ou junto com colegas o melhor método, o melhor desenho de um projeto de pesquisa. Então, ora era avaliação de serviço de saúde, ora era baixo peso ao nascer...

DR - Quer dizer, a AIDS foi a primeira doença que você se fixou como objeto de trabalho mesmo...

EC - Exatamente, antes eu trabalhava mais com a questão do método.

MR - Hum, hum. A AIDS agora é o objeto mesmo da sua preocupação... e por que de repente essa...?

EC - Porque de repente... eu não sei se a palavra casual é muito forte mas, eu ao chegar a Fiocruz, o Bernardo Galvão de Castro que se formou na Bahia também, ele estava criando o Centro de Referência da Organização Mundial de Saúde que apontaram para ele da necessidade de ter um epidemiologista no grupo, então eu aceitei o convite dele. Por outro lado, naquela época, na estrutura do Ministério da Saúde, a... a AIDS começou a ser trabalhada no Departamento de Dermatologia Sanitária que fazia parte da antiga CEPS, CEBS... isso vocês devem, por favor, ver o nome antigo dessa secretaria...

* LEGENDA:

Palavra sublinhada – demonstra ênfase na fala.

MR e DR- Hum, hum.

EC - ...que não existe mais, tomava conta dos hospitais da Dermatologia Sanitária, da Tuberculose, etc. A responsável era a Dra. Fabíola Nunes que também foi minha contemporânea na Bahia. Ela me fez um convite: “Euclides, vamos começar a estudar a AIDS, vamos ver o que tem a literatura e vamos partir para um sistema de notificação dos casos de AIDS”. É um orgulho que a Fabíola tem, de dizer que aquele boletim com 3 folhas, tão somente, surgiu de um trabalho assim muito laborioso e difícil, etc. Então, daí por diante, ainda dentro da Dermatologia, a Fabíola convidou a Lair para trabalhar. Então a Lair me convidou, sempre nessa aproximação que a Lair Guerra de Rodrigues tem com a Fiocruz, né? Na base de troca de idéias, de informação, nunca tive uma posição formal de AIDS, a não ser, a partir de 87, que eu passei a ser membro da Comissão Nacional de AIDS, já teve várias diferentes composições, eu continuo até hoje. Em 93 eu passei a presidir o Comitê Diretivo de Pesquisa do Programa Nacional de AIDS, assim como, assumi a presidência do Comitê de Vacinas do Programa Nacional de AIDS, mas tudo isso...

DR - Isso ao mesmo tempo?

EC - Em 93 também.

DR - De pesquisa e de vacina?

EC - É.

MR - Agora, eu tenho uma pergunta a fazer em torno disso... Bom, o senhor tem uma formação toda... quer dizer, um trabalho, em princípio, todo dedicado a questão da Metodologia, não é? Da pesquisa, na área de prevenção de doenças, na área de Epidemiologia e, de repente o senhor é convidado para trabalhar especificamente com AIDS a partir de um grupo que está se articulando, provavelmente preocupado com o surgimento da doença, com seu crescimento, etc, etc. Muito bem. E... como é que foi a sua relação com esse novo objeto, que provavelmente, a época em que o senhor começou a lidar com ele, ainda aparecia como alguma coisa muito imponderável, digamos assim, não é?

EC - Hum, hum.

MR - É...é um testemunho recorrente, de outros médicos, inclusive, que... que até meados dos anos 80 a AIDS era alguma coisa sobre a qual se tinha muito pouca informação concreta, objetiva, não é? Então, como é que foi para o senhor, que tem uma formação em Metodologia, não é? E... da pesquisa na área, na área de Medicina e... de Epidemiologia, tratar com alguma coisa sobre a qual se sabia tão pouco, se concebia tão pouco, se o negócio tinha tão pouca segurança, em nível mesmo de abordagem, tá?

EC - A dificuldade maior que eu tive, por incrível que pareça, foi adaptar o proceder, o pensar da Academia no serviço. Quanto ao novo objeto, AIDS, nessas assessorias estatísticas que eu dava, na época não se chamava de doenças emergentes, reemergentes, mas alguns dos trabalhos dos colegas de Universidade de São Paulo, eu já lidava com essa questão com eles, quer dizer, de pegar uma coisa que está surgindo e, através do

método epidemiológico, estipular. Então, foi, realmente, o que aconteceu com a Fabíola, né? A gente viu que os primeiros casos eram por...por transmissão sexual, ocorrendo em homossexuais, mas logo depois saiu o relato, um ano depois, né? De casos em hemofílicos, por transfusão de sangue, aí nós vimos que era uma coisa que não ia ficar restrito a um determinado grupo da população, com um determinado comportamento... sexual. E, daí, a preocupação mesmo maior, passou a ser com controle de sangue, que na época não existia mas, tão pronto foi identificado o vírus, em 83 a Fundação Oswaldo Cruz, antes de ter o teste de Elisa, ela propôs o teste para detecção de anticorpos através da imunofluorescência direta e hoje é um dos testes de segunda opção usado no Brasil. Então, houve toda essa preparação quando a gente viu que não estava restrita a doença em determinado grupo. Então, essa trajetória, tirando essa parte que eu fiquei mais na administração da Fiocruz, eu tomei aproximação com o programa, foi mais íntima, diária e às vezes mais eventual, mas através dessa comissão e desses comitês eu tenho acompanhado de perto, desde a criação do programa. Vocês solicitam aqui algo sobre dificuldade e facilidade do ponto de vista, técnico, político e institucional. Bem, do ponto de vista técnico, eu acho que nós temos técnicos bem capacitados na minha área: Epidemiologia. Nós sabemos como é forte a epidemiologia brasileira, tanto com seu cunho anglo-saxônico mas com seu cunho da chamada epidemiologia social, com influência aí do Equador, do México, etc. Então, sobre o ponto de vista técnico eu não encontrei grandes dificuldades, mas foi em relação a contratação de pessoal que, desde 85 nós já passamos por esse processo no setor público. Quanto ao político, na época era muito difícil, não é? O entendimento do político, aí que eu falo quer de partido político, quer de grandes lideranças da sociedade civil, sobretudo uma determinada religião predominante no Brasil, que era contra as nossas campanhas, sugeria aos primeiros ministros, nessa época aí, do fim dos anos, começo dos anos 80, que não podia se falar em *condom*, em preservativo e muito menos mostrar. Hoje em dia, você vê propaganda de... no último carnaval aparecia, através de um símbolo, uma banana sendo vestida com a camisinha. Então, eu acho, sob o ponto de vista político, nós, houve um certo problema... no início mas, que ele não vem se agravando.

DR- Acha que é ao contrário?

EC - Eu acho que está havendo melhor...

DR - Está sendo facilitado.

EC - Está sendo facilitado, sobretudo, com os chamados segmentos mais conservadores, as religiões, de um modo geral...

DR - Era isso que eu ia lhe perguntar, a Igreja...

EC - ...a Igreja de um modo geral,.

MR - Agora, ainda quanto a esse item político, essa questão política do trabalho com AIDS especificamente. Está nos interessando também saber, como é que foi, como é que se deu, nesse caso, a tomada de posição, em termos políticos, do Estado, em relação a uma doença que é.. era emergente, que tendia a se alastrar por toda sociedade, enfim, como é que aconteceu isso?

EC - É, apesar de algum tempo passado, eu acho que ainda presente. Eu não sou especialista mas eu acho que fazer história do presente é um pouco complicado. Eu vejo assim da seguinte maneira. Não foi iniciativa de uma só instituição, nem muito menos individual. Eu dou como exemplo, antes da doença chegar ao Brasil, antes do Ministério da Saúde se preocupar, tomar alguma decisão, de botar na Dermatologia Sanitária o setor de Doença Sexualmente Transmissíveis e botar a AIDS, eu me lembro que o Secretário de Saúde de então, de São Paulo, professor João Yunes, ele criou uma equipe voltada para o atendimento, para orientação, educação, etc, e ficaram quase que um ano esperando aparecer. Por sinal, houve um protesto da Faculdade da Saúde Pública do Yunes, dizendo que ele estava se preocupando com uma doença que não iria ocorrer no país, etc. As Organizações Não Governamentais, começaram a crescer, enormemente e tiveram um papel fundamental. A criação da ABIA é quase que com o começo da epidemia nos Estados Unidos. Então, é uma ONG que tem aí um marco histórico. E vários cientistas em linhas distintas começaram a tomar iniciativa. Então, eu acho que criou aí essa massa crítica e esse conjunto de pensadores e pessoas preocupadas com a questão da AIDS.

Eu não sei que item seria melhor dizer, mas, para minha posição, eu tenho uma relação de amor e ódio com a AIDS. Eu... a de amor é que eu acho que a gente tem que trabalhar, tem que fazer, uma doença que está aí, tem que ter o seu cuidado e atenção especial, mas esse recorte que é feito em vários momentos, que apurações governamentais mesmos as ONGs, na mídia sobretudo, vê a AIDS descontextualizada da realidade sanitária brasileira, como sendo absolutamente... não me pergunte como estabelecer critérios que eu não sei, mas fazer esse recorte para AIDS, eu acho que deveria haver um equilíbrio maior. Dando exemplos, em alguns momentos falta medicamento no Programa de Tuberculose, passamos um período aí do sal sem conter iodo, isso nunca é matéria de jornal. Quando o lote de camisinha, sobretudo quando é distribuído pelo governo, não é aprovado pelos órgãos competentes, isso é um alarde. O exemplo maior, agora: surgem os inibidores da protease que está indicado para uma minoria de casos, a mídia brasileira dá a entender... não estou indo contra a mídia, e muitos cientistas também, que esta solução do AIDS, que é obrigação do governo do Estado (*ruído*) a suprir para todas as pessoas. (*ruído*) São inúmeras as demandas que vem aqui da procuradoria... recentemente de procuradoria geral a nível de representação de Estado perguntando como é questão de medicamentos no orçamento do programa e citando os inibidores da protease, coisa que saiu no mercado mundial a menos de um ano, entende?

Então, eu acho que em alguns momento há uma supervalorização da questão da AIDS. Não estou falando do custo do benefício, nem nada, é o recorte que eu acho às vezes meio exagerado. As dificuldades institucionais em *lato sensu*, eu vejo assim, certas facilidades. Olha, nós trabalhamos com mais de 278 Organizações Não Governamentais, então acho isso muito importante. Uma dificuldade, você sabe que nós temos um acordo de empréstimo com o Banco Mundial de cerca de 260 milhões de dólares, aonde somente... eu digo somente, porque habitualmente é meio a meio, não é? E no caso da AIDS foi 40% de contrapartida brasileira e 60% do acordo do empréstimo. Mas o componente maior desses é... desse programa, dessa verba é para ir pros estados e 30 municípios de alta densidade demográfica com a grande incidência de AIDS. Então, a performance, nós somos normativos, licitações internacionais, nós fazemos mas os executores, segundo a filosofia do SUS é seus estados e os municípios. Então, poucos estados e poucos municípios tem uma performance de 100%, nós temos municípios que receberam há um ano atrás um milhão... estado, por exemplo, um milhão e oitocentos mil dólares e até agora gastou oitenta mil somente. Entendo o lado

deles, porque se eles estão inadimplentes com o Tesouro Nacional, quer por questão de imposto ou qualquer coisa, o dinheiro não pode ser repassado, quer dizer que eles se queixam...

DR - Então eles não receberam na verdade?

EC - Alguns receberam e realmente são mal executores, outros, para implantar foi muito difícil aqueles que tiveram se... se tornar... voltar legalidade junto ao governo federal, que eram inadimplentes.

DR - Tinham que saldar as dívidas.

EC - Então, mais uma vez por questão, de leis diferentes, mudanças de dirigentes, não só de Ministro, de Secretários de Saúde, sobretudo de coordenadores regionais (*ruído*) ...

MR - Então, o senhor está, desculpe interromper, o senhor está falando que existem recursos para os programas estaduais e até municipais, recursos esses...

EC - Dentro de uma realidade brasileira mas com a doença, como privilégio maior no momento, enquanto tiver esse acordo de empréstimo, maior do que qualquer outro. Agora, a performance poderia ser muito maior.

MR - E essa performance não é... não é adequada, digamos assim, ela não...ela não satisfaz porque há problemas de administração, há problemas burocráticos, problemas...

EC - Políticos...

MR - ...tributários, etc.

EC - ...tributários etc, etc.

DR - Sim, mas os problemas tributários impedem que a verba chegue ao Estado...

MR - Seja repassada?

EC - Isso no começo.

DR - Isso é uma questão...

EC - Isso é uma questão no começo, que a maioria... das 27 unidades federadas só uma que já não está conveniada, então já se superou. Então, mas foi uma dificuldade para implantar, agora, estamos tendo dificuldade na execução...

DR - Tem uma outra dificuldade pra eles receberem a verba...

EC - ...eles recebem, eles recebem o dinheiro e não gastam.

MR - Agora, professor, quais seriam os critérios, independentemente de toda essa problemática burocrática, tributária, enfim, administrativa enfim, quais seriam os

critérios, se é que eles existem, acredito que existam, isso estabelecidos pelo Programa Nacional de Combate a AIDS, para que esses estados, esses municípios recebessem esses recursos? O que eles deveriam fazer?

EC - Não, eles tiveram orientação em grupos e assessoria a qualquer momento no local de trabalho que nós chamamos para preparar o POA, que é Programação Orçamentária Anual. É estabelecer o que é a área de IEC, no nosso jargão, Informação, Educação e Campanha...,

MR - É.

EC - ...o que é Assistência, o que é Centro de Testagem Anônima e Orientação...,

MR - É.

EC - ...então, simplesmente, num formulário bem claro, simplificado, eles preencherem aquilo...

MR - E mostrar como é que iam usar essas verbas...

EC - ...usar e orientar... e é bem orientado que não pode comprar tipo... porque nós lidamos... Olha, além de ter que obedecer ao Tribunal de Contas, tem as leis do Banco Nacional, sobretudo para licitação internacional que difere das nossas, e o nosso administrador de verba é o Pinudi, então, o programa tem que obedecer a três instâncias distintas, mas que isso, no meu modo de ver complica, dá excesso de trabalho para o coordenador mas não é... não inviabiliza. O problema é inadimplência de algumas secretarias ou municipais ou estaduais.

DR - Agora no caso, eu perguntaria, o programa teria pessoal suficiente para assessorar os estados e municípios?

EC - Olha, o ideal a gente nunca atinge, mas é um programa onde tem mais de 80 técnicos, você vai em outros programas do Ministério da Saúde são dois, três técnicos.

DR - Eu conheço o da Tuberculose, quer dizer, da pneumologia sanitária (*risos*).

EC - E outra coisa, dispomos de dinheiro para assessorias pontuais, dada por profissionais de serviços de outros Estados, obviamente, capazes como pesquisadores, professores de universidades e instituições de pesquisa.

DR - Hum, hum.

EC - Bem, a relação do meu trabalho com a visão que a sociedade tem da doença, eu não...

DR - Não, mas eu acho que tem a ver é isso, quer dizer, essa questão tem a ver com algo que você tocou um pouquinho antes, que em relação... (*INTERRUPÇÃO DA FITA*) Essa questão, da relação do seu trabalho com a visão que a sociedade tem da doença, eu acho que se relaciona um pouco com uma questão mencionada anteriormente de adaptar a questão acadêmica, quer dizer, todo um trabalho acadêmico que via sendo feito ao

próprio programa. Eu acho que passa um pouco por aí também.

EC - Hum, hum. Uma coisa que eu acho interessante nisso, lidando... eu não sou imunologista, nem virologista, sou epidemiologista de vacina nesse comitê de vacina, aonde eu sou mais consultado pela mídia. Uma vez já fui durante um Congresso Internacional de AIDS, encerramento do Fantástico, aonde o jornalista me perguntava: “Teremos daqui a cinco anos uma vacina contra a AIDS?” Eu digo: “Há dez anos que ouço se dizer que dentro de 5 anos vai ter uma vacina contra a AIDS”. E eu continuo repetindo, isso é uma das coisas, uma expectativa da sociedade nesse momento, eu não quero ser grosseiro ou agressivo, mas estou querendo colaborar com a sociedade para quebrar uma falsa expectativa, né? A sexta questão, muito interessante para mim...

DR - Ainda em relação a isso, quer dizer, a visão que a sociedade tem da doença, seria essa visão mais estigmatizada da doença, a questão dos grupos de risco concebidos inicialmente, na época do aparecimento da AIDS. Quer dizer, como é que esse trabalho técnico bate com essa... essa visão.

EC - Então vamos digredir um pouco sobre isso. Primeiro, eu procuro ao máximo não trazer os meus preconceitos, os meus princípios, não de natureza científica, não também dizendo que a ciência é neutra. Isso daí, a Lair Guerra é um ótimo exemplo, que ela pertence a uma religião muito... tida como muito conservadora e como ela sabe separar a questão da religião dela, como ela executora de um programa de Estado e Governo, na dependência dos governantes que estão aí indicados anteriormente, indiretamente, agora escolhidos diretamente pela população. Então, eu procuro evitar e, no fundo mesmo eu não me acho um indivíduo preconceituoso. Mas essa coisa de grupo de risco, eu tenho, por exemplo, uma proposta que está no boletim epidemiológico, nós chamamos categoria de exposição. Eu acho um eufemismo, mas satisfaz a corrente moderna do politicamente correto. A palavra “grupo de risco”, ela surge na epidemiologia antes do início desse século e ela é por demais usada em outras áreas da Medicina...

DR - Inclusive útil, né?

EC - ...se for falar na gravidez de alto risco, as escalas que a neurologia tem para coma, etc, risco maior, risco menor. Com a AIDS, eu não sei porque, ficou pejorativo o termo “grupo de risco”. Eu insisto, o risco não é zero para ninguém da população humana, agora, tem pessoas que tem uma chance, uma probabilidade maior ou menor de adquirir o vírus da AIDS. Por exemplo, um transfundido sobrevivendo, porque, geralmente, as grandes transfusões se passam em grandes cirurgias onde a pessoa vem morrer da doença ou do próprio ato cirúrgico, é quem tem um risco maior, de 90%. O risco de uma relação, isso estudos matemáticos bem feito, etc, de uma relação homossexual do tipo penetrativo anal, ela tem um risco maior do que uma relação heterossexual pênivagiana. Então, nós temos que contemplar essa...

DR - Diferença.

EC - ...diferença, agora, estigmatizar, dizer que a doença só pertence àqueles grupos é um equívoco, mas também dizer que o risco é idêntico para todo mundo é um grande equívoco científico. Olha, a questão da marginalização, eu acho que, eu venho de uma cultura quando, quer queira, quer não, as mortes pelas infecciosas já tinham diminuído e tudo e começaram a aparecer as crônicas e degenerativas. Então, eu me lembro do

câncer, das famílias em Salvador pedir a médico atestado de óbito e dizer que não era câncer porque achava uma doença feia. Eu acho, de um modo geral, a população humana, ela é conservadora. E uma doença como a AIDS que mexe com o medo, o novo, a morte, que segundo Freud, tudo isso era instinto, inclusive a morte, ele deixou uma obra não completa mas, levando a morte para o lado de instinto. Então, obviamente, uma coisa que causa pânico. Agora, no meu modo de ver a sociedade brasileira é uma das menos preconceituosas contra a AIDS. Questões de ética, não vou citar alguns países aonde os médicos se recusam a atender paciente sistematicamente.... nós temos associações aqui de escolas até de renome aonde grupos de patologistas por muito tempo se recusavam a fazer autópsia, né? Mas, desse preconceito, de um modo geral dos profissionais de saúde, tem aqueles homófobos, tem aqueles preconceituosos, mas de um modo geral, eu acho isso, com testemunho de colegas, tanto da Europa como da América do Norte, eles acham a sociedade brasileira uma das menos preconceituosas contra a AIDS.

DR - Agora, eu perguntaria o seguinte, essa sua opinião é por comentário de quem lida diretamente com a doença, porque, na verdade, do seu lugar você não lida diretamente com o doente, né? Quer dizer, quem lida na verdade é o clínico, o pessoal de assistência.

EC - Eu iria falar exatamente no item que se segue sobre isso, mas adiantando, eu lhe digo o seguinte, eu vejo dos dois profissionais, tipo eu, epidemiologista que lida indiretamente mas, por ser um epidemiologista onde acha que a clínica é soberana eu nunca me afastei... nunca atendi paciente, mas sempre desenvolvi uma grande pesquisa sobre transmissão heterossexual na cidade do Rio de Janeiro, onde 800 participavam, então fazia questão de ver a entrevista com os pacientes, portanto, eu vi a rotina ali do atendimento.

Então, indo para esses depoimentos de fora eu vejo tanto de cientistas sociais, epidemiologistas que não lidam diretamente, mas vejo também de clínicos que lidam diretamente com o paciente, inclusive com clínicos da cidade de São Francisco que talvez seja o lugar onde tenha menos preconceito contra a AIDS. Visitando nosso hospital Evandro Chagas, Hospital Clementino Fraga Filho, ele fez, um clínico do Hospital de São Francisco, fez essa observação. Agora, então, a marginalização, a discriminação eu acho que uma fração ela sempre vai existir como... vamos pegar o caso da hanseníase. Se mudou até de nome da doença, hoje em dia tem cura, mas ainda tem aquele preconceito. Aí foi por isso que eu trouxe da AIDS, por ser novo, mexer com o sexo, a idéia de morte, já que...

DR - Morte próxima.

EC - ...morte próxima, então cria isso. Eu presenciei há pouco tempo um acidente de um colega, que eu sabia que ele era HIV positivo, me senti na obrigação ética de dizer aos médicos que atenderam ele, da situação dele em relação ao HIV, o atendimento dele foi idêntico a qualquer outro paciente, não só pela parte médica como pela equipe auxiliar, com os devidos cuidados de biossegurança. É lógico que deve ter exceção, eu ouço várias...

Fita 1 – Lado B

EC - ...não estou me contradizendo a ponto do programa de ter criado a Rede Nacional de Direitos Humanos das pessoas vivendo com vírus ou vivendo com AIDS, isso, com

orgulho eu participo desse grupo, então eu vejo que existe, não estou querendo minimizar. Então, eu estou apontando, existe, não muito acentuada, tem lugares que é pior, procede essa atitude do programa de evitar essa marginalização, essa discriminação, etc.

DR - Na verdade você não lida diretamente com o doente, com familiares ou pessoa assim...

EC - Lido, eu lido...

DR - ...mas está escutando muito proximamente isso...

EC - ...amigos doentes e familiares de amigos, tá? Pelo menos na cidade do Rio de Janeiro e de São Paulo, eu diria que a maioria dos médicos que atendem, atende de uma maneira não discriminatória, a maioria, tem exceções. Essa pergunta sete já foi feita ao Ministro Roberto Santos. É lógico que eu não posso me sentir imune ao vírus da AIDS, primeiro porque ela não dá imunidade natural, eu posso sofrer um, algum acidente, uma grande cirurgia, ter que tomar uma transfusão de sangue, que o país está com um controle razoável, ainda não é o ideal, mas eu posso tomar um sangue contaminado. Então, eu acho que, imune, ou sem risco, ninguém pode se achar dele.

DR - Agora, aqui teria um outro aspecto também, pelo menos a gente pensa.

EC - Cadê nosso cinzeiro? (*ruído*)

DR - Além da possibilidade de uma contaminação por sangue, né?

EC - Hum, hum.

DR - É a gente pensar... aí volta até um pouco essa questão do grupo de risco, né? Quer dizer, é óbvio que, é óbvio... (*tosse*) você explicou claramente isso. Quer dizer, tem pessoas, não tem como cientificamente negar isso, que tem um risco maior do que outras. O risco não é zero para ninguém, certo? Mas tem pessoas que um risco maior mesmo. Só que essas pessoas elas se relacionam com outras, quer dizer, existe uma rede de relações sociais, na verdade...

EC - Hum, hum.

MR - Sexuais, afetivas.

DR - Sim, sexuais e afetivas. E aí, quer dizer, é essa, é por aqui também, para além do sangue, é a contaminação sexual mesmo, da gente pensar... porque, a pergunta se procede pelo seguinte, tem pessoas que dizem o seguinte: “Não, eu sou... eu sou homem, homossexual, eu não tenho nenhum risco. Jamais vou ter AIDS”.

MR - Eu sou homossexual, homossexual não pega... O senhor fez uma observação ainda há pouco muito interessante, quando disse o seguinte: é natural que a prática do sexo, por exemplo, anal ela poderá concorrer para que uma pessoa se exponha mais facilmente à contaminação do vírus do que a prática do sexo...

DR - Pênivaginal.

MR - ...pênivaginal, não é? Muito bem., agora, há alguns anos atrás saiu na revista Visão, anos 80, talvez 87, por aí, uma matéria muito interessante sobre a disseminação justamente do vírus em algumas regiões da Europa, uma matéria na qual se discutia a entrada, digamos assim, do vírus na Europa e a sua disseminação, e descobriu-se que nesses lugares, como por exemplo, Holanda e alguns lugares da França, zonas portuárias européias, principalmente, o vírus tem entrado e teria se disseminado muito facilmente entre prostitutas...

EC - Isso é o caso da Índia...esse é o caso da Índia...

MR - ...e obviamente, não é muito comum nesse tipo de situação em que o sexo anal seja praticado, quer dizer,

EC - Eu entendo perfeitamente.

MR - ...a prática do sexo anal não é muito, quer dizer, não é que não deixe de existir, existirá, obviamente, mas, pressupõe-se que nessas, nesses lugares o sexo pênivaginal seja mais comum, ou seja, o preferido...

EC - Você tem toda razão...

MR - ...ou seja, os primeiros casos de AIDS na Europa, não apontavam, segundo esta matéria, para o grupo de risco do tipo homossexual e sim, para um grupo que não seria considerado um grupo de risco.

EC - Você tem toda razão, tem países, isso aí é dado oficial, como na Índia, por exemplo, que há bem pouco tempo tinha pouquíssimos casos de AIDS, hoje é tido como um país mais preocupante do novo programa de AIDS chamado NAIDS, porque ele entrou em prostitutas e de área rural, e você sabe como é bem a estratificação social na Índia é seve... é rígido. Na Tailândia também, e aqui no Brasil nós temos casos... não estou me furtando de responder... Veja, eu não sou usuário de droga, eu estou falando do aqui e agora. Se algum dia eu passar a ser usuário de droga a resposta 7 eu diria, mais uma razão para eu me sentir em risco de pegar a doença. Pelo aqui e agora, com o acordo que eu tenho com a minha companheira sexual, eu não me acho em risco de pegar por via sexual, mas estou dizendo no aqui e agora, não sei o dia de amanhã. (risos).

MR - Porque a questão é o seguinte ...

EC - Então, agora é válido que no documento de vocês, não precisa vir da minha fala, que algumas distorções da AIDS que existia no Brasil. Uma delas é que mulher não passava o vírus para o homem. Isso foi dito por um determinado colega, e afirmado por outro, mas que, para mim com a formação básica em Medicina, não é surpresa. Eles se baseiam na chamada experiência clínica acumulativa. Então, a clínica deles tem caráter seletivo onde eles não pegam determinadas pessoas de sub-grupos da população, aí eles pensam que a generalização do individual, que a clínica acumulada se faz epidemiologia, daí o grande equívoco. Nós fomos obrigados, num boletim epidemiológico, obrigados eu digo é no bom sentido, diante dessa notícia em jornais e

debates, etc, prepararmos um documento de revisão sobre transmissão heterossexual, que por uma meta análise, mostra que o risco da mulher pegar do homem é três vezes maior do que do homem para a da mulher, mas existe o risco. Isso tem um... Na Europa é menor, o gradiente mas nos Estados Unidos é maior. Aí tem questões biológicas que não é da minha área que eu não sei te explicar.

MR - Além disso tem uma outra questão também, ainda insistindo em torno desse problema há um dado interessante. Por exemplo, quer dizer, há uma relação interessante e muito virulenta sobre o contágio e as práticas, as pessoas, a vida das pessoas. Por exemplo, quando sai agora, essa última campanha veiculada pelo Ministério da Saúde, “Pega, não pega”, claro o senhor já deve saber dessa campanha, afinal de contas saiu daqui, foi produzida a partir do Programa Nacional de Combate. “Pega, não pega”, aparece mulheres na televisão, até discutimos o porque de as personagens serem femininas, e sabemos agora porque, porque parece que há uma incidência maior de soropositividade nas mulheres...

DR - A incidência nas mulheres está crescendo.

MR -... tá aumentando, exatamente. Enfim e, nesse ‘Pega, não pega’, algumas perguntas são feitas: “Beijar pega? Não, não pega. Sexo anal pega? Pega.” Ora, sexo anal pega desde que se use, aliás, desde que não se use a camisinha. Quer dizer, o problema o seguinte, por que... a nossa questão é essa, embora eu tenha percebido o seu cuidado sincero em ser bem claro quanto a preocupação que os cientistas tem de isenção no trato da matéria, por outro lado, apesar dessa isenção, eles, eles, eles... na hora de informar a população de emitir os seus pareceres, seu juízo, enfim, eles não tem tanto cuidado em dismistificar ou, pelo menos em contextualizar bem certos ambientes de contágio. Por exemplo, o sexo anal realmente ele pode produzir, e produzirá, sem maiores cuidados a contaminação, mas com cuidados? Com o uso da camisinha, pegaria? A pergunta é essa, porque não há, ao nível da representação coletiva, o problema está é que não houve uma dissociação do contágio ou da doença em relação às imagens que as pessoas tem sobre certas práticas.

EC - Eu não vou querer quebrar formalidade da entrevista, que por sinal está me honrando muito, mas muitas pessoas me perguntam: “Euclides, o que é que você tanto faz no programa da AIDS?” Eu digo: “Olha, eu vou lá tratar de burocracia do comitê diretivo de pesquisa, do comitê de vacinas, por sinal, dá muito trabalho pedidos de pareceres sobre a imunoterapia passiva, vacinas, Salk, etc. Mas eu digo, na verdade eu sou assessor para assuntos aleatórios da Lair. Um desses assuntos aleatórios que ela quando me requisita (*tosse*), que eu hesito é quando vai se discutir campanha (*tosse*). Por quê? Por vários motivos. Eu não conheço teoria da comunicação, é... depende dos comunicólogos que vencem a licitação, tem aqueles maniqueístas que é o sim ou o não, tem aqueles mais, que tendem a ser mais discursivos, tem aqueles que acham que campanha continuada vulgariza o tema, que ela deve sofrer soluções de continuidade, até grandes, outras menores, desculpe, se o termo é impropriedade, depende do Ministro que está de plantão, isso depende muito, tá? Então essa campanha que você está se referindo, ela visava a mulher. Eu ainda não assisti, mas alguns colegas que lidam com essa área de comunicação, eles acharam que ela ficou descaracterizada diante das alterações que foram feitas. Então, uma das respostas que eles dão, a gente tem que ser objetivo, não pode estar dizendo, sendo muito verborrágico, porque a população vai se perder. O tempo na televisão é caro. Em determinada televisão, dia de domingo a coisa

custa mais de 100 mil reais, uma peça. Quando a gente pede para o horário gratuito sempre põem de madrugada, então, por sinal, nós gastamos numa campanha vai mais para veicular a campanha, muito mais do que na produção.

Então... eficácia da camisinha, vários ministros, eles comentam que a mensagem que a gente passa é de que “usou camisinha, está tudo bem” e que alguns grupos de homossexuais defendem nas suas cartilhas, nas suas coisas, o que não é verdade. Ela, teoricamente, é 100% eficaz, se usada corretamente.

MR - Claro.

EC - No jargão da Saúde Pública, se for olhar a não-eficácia, efetividade, estudos de meta análise mostram que ela só é eficaz em torno de 70% dos casos. É a melhor medida? Ainda é a melhor, mas até essa crítica a gente sofre. “Vocês passam uma mensagem: ‘Usou camisinha está muito bem.’” Então, é realmente, eu vejo como uma situação muito complicada, que a solução que eu vejo é partir para campanhas distintas e depois a população fazer a costura desses recortes que nós somos obrigados a fazer, desde questão financeira até posição de determinados ministros.

MR - Porque, por exemplo, há um grupo no Rio de Janeiro...

EC - Se você me perguntasse aqui, qual a situação mais dificultosa, como diria o Guimarães Rosa, em relação a esse programa, eu diria: são as campanhas (*ruído*). Desde a licitação, internamente da escolha do tema, por passagem pelas instâncias de comunicação social do Ministério, depois a nível de Planalto, de Palácio, que muda a política de veiculação (*tosse*), de presidente para presidente, é uma coisa muito dificultosa.

MR - E aproveitando, há muita pressão de grupos religiosos, ou grupos conservadores da sociedade em relação a produção dessas campanhas, do ponto de vista do seu conteúdo, da sua mensagem?

EC - Sim... Sim, mas vem diminuindo, vem diminuindo.

MR - Hum, hum. Vem diminuindo.

EC - No final de alguma campanha nós recebemos quase que metade a metade assim de elogios e de críticas, né?

DR - Isso hoje?

EC - Isso hoje, até do Bráulio. A do Bráulio teve uma aceitação muito grande a nível de população, inclusive, a nível de intelectuais, foi a mais elogiada. Numa pesquisa que nós fizemos o *recall* de todas as campanhas que foram avaliadas, a que teve o maior *recall*, mas, de certos grupos médicos, não só religiosos, a vinda pessoalmente aqui ao programa para criticar que a gente estava banalizando a medicina, etc, a classe médica mais conservadora adora essa proposta: “Assim pega, assim não pega.”

MR - Pois é, e parece que essa proposta...

EC - Ela não vai muito com a questão que você está...

MR - Porque ela tende...

EC - Do tema do trabalho de vocês, da questão da representação social...

MR - Exato. Ela tende a identificar a doença, com toda a sua imagem terrível ao modo de vida das pessoas, e me parece que esse é um ponto crucial para se pensar, a responsabilidade da ciência ou dos cientistas com o discurso moral de gente em relação a vida que as pessoas optam, por levar. Por exemplo, no Rio de Janeiro, há um grupo da Secretaria Estadual de Saúde muito preocupado (*ruído*) em garantir um programa, de acordo com o qual, os usuários de droga não sejam submetidos a um massacre do ponto de vista moral, policial, institucional...

EC - Eu quero um cigarro que o meu acabou.

MR - Ah! Quer um cigarro?

DR - Tome.

EC - Eu prefiro o Carlton, como um bom baiano. (risos)

DR - Depois você desgrava...

MR - Mas enfim, esse grupo está mais preocupado em salvar a vida das pessoas em garantir a sua segurança respeitando as suas opções de vida, no caso querem se injetar, querem usar droga injetável, do que propriamente preocupados em incriminá-lo, não é? Enfim, e esse grupo costuma ser acusado, até um amigo meu, comentei com você, ele já foi acusado numa conferência de ser lobista dos traficantes, pelo fato deles defenderem a distribuição das seringas...

EC - É o que nós chamamos redução de danos, que tem experiências positivas e negativas sobre troca, distribuição de seringas. Isso foi um tema de Vancouver, a maioria das experiências se mostram positivas...

MR - Exato.

EC - Há um equívoco em pensar que ao distribuir a seringa você está estimulando...

MR - Exato.

EC - ... a... o uso de drogas.

MR - Ao contrário...

EC - É uma hipótese mas que os dados empíricos não confirmam.

MR - Inclusive parece...

EC - Os estudos da Amsterdam, de várias cidades da Alemanha mostram...

MR - Exato, inclusive, as cidades onde a incidência de contaminados pelo vírus, através do uso de droga injetável, era muito alta a incidência, era altíssima e tendeu a, pelo menos se estabilizar, a não aumentar em função de um programa de distribuição de seringas, né? Agora, por outro lado, parece que nós ainda estamos muito presos a uma mistura de critérios, ou seja, a um juízo moral, um juízo, enfim, valorativo, negativo em relação a certas práticas, a certas opções de vida, em relação a doença.

EC - Em termos de experiência pessoal, eu não vou falar nem em governantes (*tosse*). Eu tenho refletido sobre isso, eu acho que a causa básica antecede ao fato de determinado grupo estar nesse ou naquele Ministério. Eu o que eu noto mais é o choque entre a formação, por exemplo, do advogado, que vai se tornar jurista, com a formação do médico, com a formação do psicólogo (*ruído*). Então, eu vejo áreas aí mais fácil... áreas de governo, da gente fazer um trabalho conjunto, umas mais fáceis, outras mais difíceis. Eu acho que não é, não depende das pessoas que estão lá, é do *background* da graduação que ele está...

MR - De formação dele.

EC - ...de formação.

DR - De formação de cada um.

EC - De cada um

MR - Bom...

DR - Eu acho que a gente até pulou pra questão das campanhas... mas eu acho que não tem importância, o roteiro não é...

MR - É, acabamos trocando.

DR - Também não é rígido...

EC - Então qual seria a próxima?

MR - Eu gostaria que o senhor falasse um pouco sobre esse texto do Hervé, do Hervé Guibert que escreveu uma série de livros, quatro livros sobre a sua experiência de doente, enfim, e ele dá esse depoimento, em relação aos pesquisadores. O senhor como pesquisador, como é que o senhor se situa dentro disso?

EC - Eu não me acho corporativista, sempre me lembro do Clemanceau, quando ele disse que, guerra é um assunto muito importante para ficar somente na mão de militar, eu acho que saúde é um assunto sério demais para ficar somente na mão de médicos. Agora, eu acho também, eu entendo a situação de um paciente com desespero, entendendo que todos deveriam estar voltado para a questão assis... assistencial de apoio psicológico, *full time* etc. Por exemplo, um trabalho de um economista sobre o impacto da AIDS, custos diretos e indiretos

MR - Hum, hum.

EC - ... ao impacto social da AIDS, ele não precisa estar lidando com pacientes, são coisas que direta e indiretamente vai se unir, vai lhe dar. Então, querer que todos os investigadores estejam nessa posição, eu acho que é uma visão muito restrita. Ele despreza interdisciplinaridade, que eu acho que é um caminho que a ciência está tomando que está avançando mais, se trabalhar com essa multidisciplinaridade. Acho que na AIDS também... Há uma queixa por exemplo, não sei se vocês sabem que, os primeiros casos de AIDS foram comunicados ao CDC em 6 de outubro, eu gravei por causa da minha data de nascimento, de 1980. Os CDCs, com medo de... medo, preocupação de dar uma notícia errônea, etc, demorou muito para fazer a vigilância epidemiológica dos casos, somente em outubro de 81, em junho de 81 é que eles vieram publicar os primeiros relatos. Mas, por outro lado, não sei se vocês sabem que o protocolo do AZT, de um grande estudo com AZT, ele foi suspenso, todos querendo tomar AZT estando infectado, bastando estar infectado pelo vírus e estudos posteriores veio mostrar que tanto os inibidores da transcriptase como esses novos inibidores da protease ele tem uma grande ação na fase aguda da doença, que é difícil o diagnóstico, só se o indivíduo tiver um contato que ele acha que foi suspeito, ficar olhando para ver se tem sinal ou sintoma e um médico diante de, na Medicina nós chamamos de Síndrome Mononucleose Like, parecendo um quadro do sarampo, rubéola, de mononucleose, ele pensar em AIDS. Aí sim, se você fizer um tratamento, a carga viral baixa demais, isso é conhecimento recente. Então, não atuando nisso, somente se o indivíduo fizer sintoma e baixar o CD4, quer dizer, dar qualquer medicamento na fase assintomática vai fazer o vírus adquirir resistência ao medicamento no momento aonde ele está numa multiplicação viral muito baixa. Então, foi uma das precipitações e que foi errada. O AZT inicialmente começou a ser usado para os infectados assintomáticos. Então, esse equilíbrio é preciso. Eu me identifico enquanto paciente. Não sei se a coisa está muito na base da egolatria, muito do eu, mas eu exerci um pouco, mesmo enquanto estudante a chamada Infectologia. Optei pela Epidemiologia porque eu não tinha preparo, confesso, estrutura psicológica para lidar... a minha identificação com os pacientes, qualquer que fosse a doença, era grande demais, de botar esse bloqueio e botar o racional na relação médico paciente, eu me envolvia demais com os pacientes (*ruído*). Então, meu *base line* é de entender uma denúncia dessa, eu sei o que ele está querendo, o que ele está idealizando, mas, infelizmente, a lógica, o racional leva para outro caminho.

MR - Professor, é...falando um pouco mais sobre a questão dos medicamentos, etc. Aliás, para introduzir essa questão, eu não sei se o senhor concorda conosco, mas, ao que parece, há uma certa tendência a estabilização da doença em termos de... de morte, ou seja...

EC - Melhora de qualidade de vida.

MR - Exatamente, não se nega que o número de infectados cresça, mas por outro lado esses infectados tendem a viver mais, me parece que esse é um... é um quadro bem característico desse final de anos 90, em relação a AIDS.

EC - É a realidade momentânea. Agora, a gente não sabe a longo prazo se vai acontecer, resistência, se vão aparecer mutantes de vírus resistentes...

MR - Pois é, a que que o senhor, particularmente, atribui isso? O senhor acha que houve um "*boom*" de meios quimioterápicos que ajudaram? A que se deveria, em suma, essa

maior longevidade dos doentes? Há alguma reflexão em torno disso, alguma pesquisa está sendo levada atualmente em torno disso?

EC - Tem pesquisas que demonstram bem que diante, pegando do momento próximo a infecção, como o indivíduo evolui, você já tem marcadores que sabem se ele vai ser de curta progressão ou de longa progressão. Cerca de 10% dos pacientes sobrevivem mais de 12 anos sem qualquer... sintomatologia e sem qualquer intervenção terapêutica.

MR - Ah! Tá.

EC - Isso são descobertas recentes, tanto do Gallo quanto do Montaigne a nível de certos inibidores das qui... quimoquinas, que ainda não está comercializado o produto, ainda descoberto a nível de laboratório para passar para uma fase de produção. Mas pegando os inibidores quer de transcriptase e protease. Os de protease, certamente, tem... está tendo um impacto melhor do que o tratamento monoterápico, com um inibidor somente da transcriptase, mas a gente não sabe, a longo prazo o que vai ocorrer com o vírus...

MR - Hum, hum.

EC - ...desses próprios indivíduos com aquele que vai passar. E outra coisa, volta para importância da questão do sexo seguro... e de evitar o bloqueio. Esses indivíduos sobrevivendo mais, eles são fonte de contágio. Então, esses indivíduos, além de medicamento, ele deve saber que ele tem que se precaver para não transmitir para outras pessoas e mesmo não receber ...

MR - Novas cargas virais.

EC - ...novas cargas. Então, essa coisa chegou a terapia, ela precisa ser anunciada com muito cuidado.

MR - E me diga uma coisa, provocando um pouco mais, o senhor ainda voltando um pouquinho a questão da mentalidade, dos valores... Enfim, haveria alguma possibilidade de a comunidade médica, enfim, os cientistas que trabalham com AIDS, reconhecerem a importância de grupos não-governamentais de assistência a soropositivo, da doença nesse processo de promoção de uma vida mais longa, enfim...

EC - Eu tenho visto artigos de cientistas brasileiros muito bons nesse sentido. Eu acho que as notícias de Vancouver, elas chegaram meio distorcidas aqui no Brasil. Eu lembro bem que um jornal de São Paulo, na véspera da minha chegada, a grande manchete era "Coquetel elimina o vírus da AIDS". O que foi um depoimento de um pesquisador famoso, o David Run mostrando que nesta fase aguda...

DR - O coquetel é eficaz.

EC - ...foi eficaz, mesmo assim ele confessou que foi em termos de carga viral, etc. ele ainda não tinha biopsia, não sabia se o vírus estava escondido em outras regiões do organismo, etc. mas aqui, esse detalhe não foi dado ao leitor brasileiro. Então, acho que chegou como um grande impacto. Mas, eu já vi vários colegas escrevendo alertando para a população. As ONGs brasileiras, eu acho que elas tem... elas estudam, fazem

várias publicações, organizam vários debates e eles sabem entrar nessa dialética, nessa discussão.

Mas li excelentes artigos, me lembro agora, num Estado de São Paulo, um artigo do professor Celso Ramos Filho e da cientista social Madel Therezinha Luz alertando a população sobre essa questão de novo medicamento.

Então é isso que num todo assim eu acho que... o que me preocupa mais na AIDS no Brasil, é que ela está se interiorizando e se pauperizando. E eu tenho medo que ocorra com a AIDS o que ocorreu nos Estados Unidos, aonde, quando, a doença passou a ser mais de preto, de hispânico, de usuários de droga, coincidentemente ou não, o *grade* do governo para os programas de AIDS diminuiu acentuadamente.

MR - É verdade.

DR - Isso não seria uma coisa específica da AIDS, né? Isso acaba que ocorre com todas as doenças, em todas as situações.

MR - Inclusive, estamos acabando de saber que os mais recentes exames em algumas comunidades indígenas no Brasil mostram o crescimento da soropositividade. O senhor tem notícias concretas sobre isso?

EC - Hum. (tosse)

MR - O que foi feito? O que significa? Há algum programa?

EC - Olha, feito aqui pelo programa, o que nós encontramos foi uma auto-incidência de outras doenças sexualmente transmissíveis. Infecção pelo HIV encontramos em índios mas não autóctones, geralmente mulheres que saem da tribo (tosse) para fazer prostituição em algumas metrópoles e depois voltam...

Fita 2 – Lado A

EC - ...que apontam, mas realmente, desculpe a expressão, eu acho que “cada macaco no seu galho”. Eu não posso dar, não tenho tempo de estar lendo de tudo, de toda área, até livro básico de imunologia eu estou estudando para acompanhar, sobretudo a questão da evolução das vacinas, então, quanto a índios...

Presidiários, tem um dado de São Paulo, onde a prevalência é alta, dados publicados pelo Dr. Dráuzio Varela, onde ele não encontrou um aumento e ele... aponta para esse esperado aumento que não ocorreu, ele aponta para a disseminação do uso do *crack* em vez de droga injetável.

MR - Ah, sim.

EC - Está havendo essa substituição, pelo menos um dos presídios de São Paulo onde ele é médico, ele apresenta em congresso esses dados..... Acabou? (*INTERRUPÇÃO DA FITA*)

MR - Eu queria insistir ainda só mais uma vez sobre a questão da, das ONGs. O senhor falou que o senhor sempre está lendo trabalhos a respeito, está tomando conhecimento, contato, enfim, mas em nível oficial mesmo, qual é a relação que há... qual é a relação mantida entre o Programa Nacional de Combate e as ONGs? Os senhores só trocam

informações ou há realmente programas conjuntos, enfim...

EC - Nós...

MR - Apoio concreto...

EC - Apoio financeiro direto, não total para a manutenção dela. Nós temos 278 ONGs que lidam com AIDS onde grupos de homossexuais, outras de adolescentes, algumas de mulheres, etc. São 278, o montante financeiro eu não sei agora...

MR - Hum, hum.

EC - ...mas acho o papel delas, das Organizações Não Governamentais por demais importante.

MR – Então, é positivo?

EC - É positivo. Uma parceria, sem dúvida nenhuma a parceria é mais importante.

MR - Numa certa medida, funciona até, quer dizer, o trabalho das Ongs funciona até mais, funciona mais e melhor do que aquele outro proposto através dos municípios, dos estados, dos órgãos oficiais etc.

EC - Isso sem dúvida, e elas nos dão suporte, apoio, no bom sentido muito mais do que outros setores no Governo. Na dependência aí do governante que estiver dirigindo este ou aquele Ministério.

São algumas... eles brigam muito entre si, algumas são corporativistas, essa questão de grupo de risco, eu quando falo como epidemiologista, eles não aceitam, dizem que gostam de mim, acham errado eu ficar insistindo nisso, acham que algumas usam da AIDS para impor a questão da homossexualidade, não é? Pode ser uma estratégia aceita, mas isso é um fato. Mas, em geral, as organizações não governamentais brasileiras tem um papel fundamental para esse programa. Eu acho que se for olhar por doença é a doença onde as organizações não-governamentais desempenham um papel mais importante.

DR - Tem uma fala também que diz, quer dizer, a preocupação que as ONGs devem ter é de não substituir o papel do Estado, quer dizer, o papel do Governo no controle da doença, no cuidado com a doença.

EC - Nós temos essa preocupação, até às vezes somos nós que adiantamos para não ficar parecendo, ou sendo, uma cooptação. Então, os projetos de ONGs eles são julgados, por exemplo, com uma visão e com peritos com formação bem distintas, formações bem distintas daqueles que julgam o projeto tradicional de pesquisa. Exatamente vendo que ela tem... se tem uma infra-estrutura, autonomia, qual a proposta, se não vai de choque, se não vai contra alguma proposta nossa, que seria contradição mas a liberdade é respeitada.

DR - Hum, hum (*ruído*)..... Eu acho que essa questão aqui, a gente podia falar um pouquinho mais dela, quer dizer, na nossa opinião houve uma lentidão do governo encarar mesmo essa... encarar o controle da AIDS, de instituir um programa de ação em

relação a AIDS. Isso tem inclusive uma fala de um ministro que diz: “Não, tem vários milhões de casos de hanseníase, de malária, de tuberculose no Brasil, a AIDS tem uma incidência muito pequena ainda”. Quer dizer, do ponto de vista objetivo até era verdade.

EC - Hum, hum.

DR - A gente tem um número muito maior de pessoas com tuberculose, malária, hanseníase, etc do que com AIDS e, foi exatamente no momento em que começaram a aparecer mais claramente os casos de AIDS através da transfusão do sangue, que se fez um movimento em relação ao controle do sangue é que começou, quer dizer, começou a se ter de forma mais organizada um trabalho, uma ação do Estado em relação a AIDS.

EC - Eu não dou valor absoluto e único a essa sua colocação, eu vejo por outro lado também o surgimento da doença em homossexuais de projeção nacional, procedente da classe dominante, que mobilizaram a classe política. Eu vejo que isso também... em termos da lentidão Brasil, eu acho que até foi um programa precocemente criado.

DR - Hum, hum.

MR - Sim, ele pode até ter sido precocemente criado mas... ele não custou um pouco a mostrar a sua cara, digamos assim, ele não custou um pouco a atuar mais efetivamente... Porque eu me lembro que há alguns anos atrás, por exemplo, logo no início, as primeiras campanhas eram campanhas muito estranhas, porque, por exemplo, na televisão passava um filme de um cara doente, é uma coisa meio tenebrosa, meio complicada...

EC - Mas isso depende de quem está de plantão.

Primeiro, eu vejo isso aqui num divisor de águas. Quando a gente não tinha dinheiro e quando passou a ter, isso é fundamental. Era uma coisa meio artesanal, menos de 10 técnicos trabalhando, hoje em dia, juntando com o pessoal administrativo a gente tem quase 100 pessoas. É quando o dinheiro chegou e, eu por sinal, fui um dos autores da carta de intenção para o acordo de empréstimo para o Banco Mundial e é dito, pelo Banco Mundial, que foi o programa da área social que gastou menos tempo entre a carta de intenção e passagem no Congresso e ir pro planejamento. E é o único da área social, há pouco tempo com o acidente da Lair, o responsável pelo *Brazil Department* do Banco Mundial, ele esteve aqui e fez questão de ir a Secretaria do Planejamento mostrar a curva que eles tem lá, segundo os critérios que eu desconheço, de esperado e realizado, a AIDS é a que estava com a melhor performance.

Agora, o ideal é aquilo que a gente sempre quer, né? Tem umas falácias, tem equívocos. Agora mesmo passando por um problema sério, uma... uma cartilha que foi preparada visando população de machista, homens sobretudo, da chamada classe D e E, houve um equívoco na *e-mail list*, em vez de mandar pra ONGs que lidava com esse tipo de população, foi pra ONGs que lidava com adolescentes, etc. Então, algumas não distribuíram, porque leram mas sentiram ofendidas em receber aquilo e outras, por descuido do secretário, chegaram a distribuir (*tosse*), foi um problema aqui. Professor Adib teve ontem, antes de pedir demissão. Então, sempre o repensando, o revendo... estamos com material também sobre homossexuais que o que temos de carta de apoio temos o mesmo quantitativo de cartas de críticas, então, o Coordenador Geral substituto resolveu levar para análise, discussão e decisão da Comissão Nacional de AIDS, se suspende em definitivo a distribuição, que está temporariamente suspensa, se muda o

conteúdo, e o que fazer?

Quando a gente está trabalhando aparecem os erros e acertos, quando não tá, aí fica até mais fácil não aparecer nada. Então, sobre essa campanha, por exemplo, “A AIDS mata!”, nessa época, eu como pesquisador e cidadão brasileiro eu escrevi em nome de pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz, chamando a campanha de mentirosa, enganosa, dizendo: primeiro, que ela dizia que câncer tinha cura quando na verdade não são todos que tem, e dizia que a AIDS mata quando a gente já sabia da existência dos chamados *long* progressos, não é? Tive a oportunidade de fazer isso. Então, como cidadão também procuro fazer isso, como fiz na questão da vacina quando determinado ministro pediu à Organização Mundial de Saúde, o protocolo de vacina que ia ser testada no Brasil... quando não existia protocolo. O que ele queria era criar centros no Brasil pra fazer... pra toda a infra-estrutura, de ter grupos de pessoas em risco, em seguimento, pra gente ver o grau de aderência, a taxa de soro incidência, porque num teste de eficácia você tem que saber quanto a incidência num determinado tempo (t). Então, esse ministro deu essa resposta, tive oportunidade de, junto com Bernardo Galvão, em nome de pesquisadores da Fiocruz de pedir “*vênia*” (ri), mas para alertá-lo para o equívoco que ele estava fazendo. Então, isso é um bom exemplo, como mostra, saiu esse ministro, o novo que entrou, convocou a comunidade científica, botou em debate, mandou um grupo de... pequeno de cientistas preparar um documento, ampliou a plenária para a discussão, ele assumiu aquela posição, a ponto de ter criado o comitê de vacinas e os que o seguiram mantiveram, mas, quando surgiu esse convite do Brasil ser um centro para teste de vacina, a posição brasileira, no primeiro momento foi essa.

Aliás, essa questão da vacina me preocupa muito, eu acho que não tem nenhum produto candidato a vacina preparado para entrar em campo, de jeito nenhum. Nós não sabemos... nós sabemos que eles são inócuos, isso é obrigatório, ou seja, não dá reação colateral, eles produzem anticorpos neutralizantes (*tosse*). Aí vem a pergunta: “Isso é suficiente?” Não, porque o infectado sem vacina já apresenta esse tipo de anticorpo.

MR - Hum, hum.

EC - Eles precisam de altas doses para aumentar esse número de anticorpos, o que no programa de massa, mesmo de teste não pode ser utilizado. Nós sabemos muito pouco da imunidade de mucosa, não sabemos como contornar a variabilidade do vírus, não só dos grandes 10 sorotipo, mas da variabilidade individual mesmo, que através do tempo o indivíduo tem. Não temos um bom modelo experimental. O chimpanzé não faz AIDS, então fica difícil de avaliar nele, então, o que a gente faz é por analogia, o macaco Rhesus dando a vacina viva, com parte, ou proteínas, ou vírus morto, inteiro ou atenuado do HIV, mas infectando o macaco que não é susceptível também ao HIV, com o SIV que é próprio do macaco Rhesus. Então, nós não temos um bom modelo experimental. Ademais, o soro desses indivíduos, entre aspas, vacinados não é em 100% das experiências que eles são capazes de neutralizar *in vitro* o vírus circulante. Ou o princípio da vacina vai ter que ser outro ou então muito vai ter que se estudar mais na imunologia desses, cerca de 20 produtos que são, estão sendo aí usados.

MR - Bom, resumindo, os conhecimentos positivos em relação ao vírus e a doença ainda não dão conta do processo de evolução mesmo do vírus e esse vírus está assim longe, muito longe...

EC - Muito longe, eu acho que a terapêutica está muito mais perto...

MR - Hum, hum.

EC - Do que a prevenção tipo vacinal, mas o que não é novidade, né? Isso ocorreu em várias vacinas, a vacina contra a tuberculose ficou 20 anos sem ser usada porque se acreditava que não era eficaz.

MR - Sim

EC - A vacina da hepatite B em alguns centros mostrava eficaz, em outro não. E tem um problema aí da lógica do capital, sem demagogia, se vocês verem as grandes, os grandes produtores de produtos farmacêuticos, eles estão voltados buscando drogas. São firmas pequenas, geralmente com auxílio de governo, ou dos Estados Unidos, Canadá, Suíça, Suécia, Inglaterra, França, o pessoal sempre pensa em produto norte-americano, que tem um bom suporte das agências de financiamento...

DR - De repente as pesquisas estão mais avançadas em terapêutica do que em vacina.

EC - Exatamente, porque eles tem todo um *know-how* e todo um capital, não é? Essas mudanças de enfoque, assim, de campanha tem origem das mais diversas, como esse exemplo, mulher tá mudando, os casos entre mulheres, vamos fazer voltado pra mulheres...

MR - Eu posso fazer uma pergunta em cima disso ainda? Está se aumentando a incidência nas mulheres ou a metodologia da pesquisa...

DR - Notificação.

MR - ...mudou? Ou seja, só agora que as mulheres estão passando a serem soro positivas ou há a possibilidade de se pensar que ela já apresentava soropositividade mas, devido aos métodos de identificação, de pesquisa, isso não era visto, não era percebido?

EC - Fazendo a divisão entre...

MR - Ou seja, porque há uma mudança de paradigma em relação a

EC - Fazendo a diferença entre infecção (tosse) pelo HIV...

MR - Hum.

EC - ... tá? E AIDS, a AIDS por definição é um infectado mas com uma infecção oportunista... o diagnóstico entre mulheres poderia ser criticado e, porque não tinha doenças próprias das mulheres, tipo câncer invasivo de Cervix, o CDC incluiu isso, nós estamos realizando vamos... agora, a infecção não, o método é o mesmo tanto pro homem como pra mulher. Então, em locais (*tosse*) aonde tem dados registrados de infectados, não de doentes, só, né?

MR - Sim, sim.

EC - Porque aqui no Ministério nós trabalhamos somente com AIDS doença ou então populações sentinelas, né? Clínicas de DST, mulheres grávidas, paciente de pronto-

socorro, sempre com testagem não vinculada, anônima. Então, o método é o mesmo, então, o Estado de São Paulo é muito grande, começou, em termos de infecção, e o método não mudou, não depende do gênero, de 16 para 1, hoje em dia está de 1000 para um 1. Agora, por que isso? É outra coisa que todo mundo leva pra transmissão sexual, verdade. No ano 95, quase... um pouco mais de 50% era de transmissão sexual, mas a gente não pode esquecer que, 40%, são elas próprias usuárias de drogas. E quando você vai ver os parceiros das mulheres que pegaram por via sexual, que é um dado fraco, a gente tem informações somente para cerca de 60% dos casos, as fichas epidemiológicas não são preenchidas, é difícil de identificar... para aqueles que nós temos dados confiáveis, a maioria dos parceiros dessas mulheres que adquiriram por via sexual, eles são usuário, politicamente correto agora, chama usuário de drogas injetáveis, depois é que vêm os bissexuais. Porque dentro de determinado grupo médico que nega a transmissão da mulher pro homem também, existe o outro grupo que faz as mulheres, não de algozes, não que eu esteja dizendo que ela seja, mas como vítima com V maiúsculo...

MR - Sim.

EC - ...dos homens bissexuais...

MR - Inclusive, houve uma tendência, num certo momento, a se veicular a contaminação das mulheres em função disso.

EC - Mais uma vez eu digo, como epidemiologista, que a experiência clínica acumulada, ela depende do critério de seleção. Então, isso aqui é mais comum na classe alta. Então, esses médicos, eles têm essa experiência em cima de... de clínica particular, aonde o usuário de droga é muito mais por inalação, é cocaína, ou heroína, quando injetável não é compartilhando seringa, então resta para eles pegar essa fração aqui do bissexual passando para a mulher. Com isso eu não estou querendo dizer que na classe alta tem mais bissexual do que o resto (*risos*). Se bem que, tem estudos nos Estados Unidos, mostrando que nos casos de bissexual, a proporção de hispânicos é maior do que a de branco, do que os anglo-saxões e os índios americanos.

DR - Eu acho que está legal. A idéia é...

EC - Não foi perda de tempo não?

DR - De forma alguma, valeu a pena o sacrifício no aeroporto, que o vôo era para às 7:00, a gente conseguiu VASP, 8:45...

MR - Nós é que ficamos constrangidos, que acho que cansamos um pouco o senhor, repetimos muita coisa, de repente.

DR - Mas a idéia é o seguinte, vamos iniciar a primeira entrevista, depois a gente trabalha em cima disso aqui, e possivelmente, quer dizer, certamente teria uma outra etapa. Esse é um primeiro roteiro que a gente tenta colocar até as questões mais gerais, claro que na hora que a gente ouvir de novo a entrevista... é...

EC - Pode surgir dúvida...

DR - Certamente terá pontos que a gente vai querer aprofundar mais, então, a idéia seria... estar prevenido (risos) que a gente vai...

EC - Quantos vocês já entrevistaram?

DR - Por enquanto é o primeiro.

EC - Ah é? (risos) Que honra. Isso tem que estar dito. Diz ao Gadelha que foi um orgulho.

DR - Agora, só mais uma... aí é questão de informação mesmo. (risos)

EC - Claro.

DR - Que a gente queria que o senhor mencionasse outras pessoas envolvidas com a questão da AIDS, no programa ou fora do programa, até porque a sua multidisciplinaridade de atividade...(interrupção da fita) A gente gostaria da sua opinião sobre o trabalho da Lair Guerra e sobre a Lair Guerra mesmo...

EC - Bem, certos momentos é difícil separar o pessoal do profissional e eu tenho conseguido isso, por exemplo, como membro do comitê do CNPq, como relator da CAPES, da FAPERJ e etc. Eu trabalho com a Lair desde 87, então, o relacionamento pessoal foi num crescendo muito grande. Eu acho uma pessoa assim de um valor impressionante, ela criava os fatos, ela enfrentava, enfrenta, está se recuperando acentuadamente, esse projeto do Banco Mundial ela andava com ele embaixo do braço, do Banco Central, para secretaria do Planejamento, procurava relator no Senado e etc. Eu conheço uma pessoa que diz assim: “Olha, mulher, nordestina, não médica, fazer um trabalho desse é porque tem muita capacidade de trabalho e aceitação”. A crítica maior que eu ouço a Lair, é que ela é autoritária, eu, como já fui dirigente, algumas vezes, eu acho que... essa pergunta me foi feita em Recife, pela imprensa, dizendo: “Como o senhor por tanto tempo conseguiu trabalhar com uma pessoa autoritária como a Lair?” Eu disse: “Olha, um pouco de autoridade é obrigado você ter para administrar, agora, antes do que autoritária eu vejo a Lair como uma pessoa autocrática, ela ouve opiniões e ela muda de um extremo para outro desde não-argumentos e achologia, achologia é um termo dela, mas você com fatos e evidências ela muda radicalmente. Então, essa autocracia dela eu acho que supera essa exagerada, esse exagerado autoritarismo.

DR - É... Outra coisa seria assim, na sua opinião, o que que é viver em tempos de AIDS?

EC - É, mas no meio de tantas doenças não erradicadas, que deveriam, que o saber médico permite, por motivos distintos não estão erradicadas, é mais uma que surge, quer dizer, que mais uma situação que surge no cenário da Saúde Pública do Brasil que de maneira muito custosa e penosa para a sociedade.

MR - Nessa medida não é mais uma doença, ela tem um caráter todo especial...

EC - Ela tem um caráter especial, olhando até biologicamente, não é? É a primeira doença infecciosa de curso crônico, com a imunopatogenia bem diferente. Ela é nova até no interior da ciência médica, se é que a Medicina é ciência, alguns epistemólogos

dizem que não (risos).

ESTA FITA NÃO FOI INTEGRALMENTE GRAVADA