

Articulando o Ativismo em Aids no Nordeste



SOS CORPO e GRAB

Articulando o Ativismo em Aids no Nordeste

Solange Rocha e Violeta Holanda (org)

Articulando o Ativismo em Aids no Nordeste

Copyright © 2006. Todos os direitos reservados ao

SOS CORPO Instituto Feminista para a Democracia e Grupo de Resistência Asa Branca (Grab)

Equipe de Redação: Cristina França, Solange Rocha e Violeta Holanda

Coordenação de Produção: Márcia Larangeira

Produção Executiva: Fátima Ferreira

Revisão: Fátima Ferreira e Solange Rocha

Capa: Isabela Faria

Projeto Gráfico, Diagramação e Arte Final: Masanori Ohashy (idade da Pedra)

Apoio



n(o)vib
nova internet



CCE



DST-AIDS

**Secretaria de
Vigilância em Saúde**

**Ministério
da Saúde**



Este trabalho foi desenvolvido com o apoio financeiro da Comissão Europeia. Os pontos de vista expressos são de responsabilidades dos autores e não refletem necessariamente a posição oficial da Comissão.

Articulando o Ativismo em Aids no Nordeste/Solange Rocha/Violeta Holanda (orgs.).
Recife/Fortaleza: SOS CORPO – Instituto Feminista para a Democracia/
GRAB -Grupo de Resistência Asa Branca, 2006. 136p.

Obra coletiva

I. Políticas Públicas 2. AIDS I. ROCHA, Solange II. HOLANDA, Violeta

CDU 304



Apresentação



A construção Metodológica

Desigualdades e resistência: uma breve caracterização sobre o Nordeste

Nívia Cristiane Pereira



Existe um Movimento Aids?

Carmem Silva

Política de Saúde no contexto de globalização neoliberal

Solange Rocha e Verônica Ferreira



Uma breve contextualização sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)

Verônica Ferreira e Solange Rocha



Monitoramento da Ungass/Aids: desafios num contexto de desenvolvimento

Alessandra Nilo





Aids, direitos humanos, esperança e luta

Francisco Pedrosa e Violeta Holanda

Reflexões e Possibilidades de Articulação do Ativismo em Aids no Nordeste



Alguns marcos dessa História

Para entender



Anexos

Grade com o cronograma das atividades
Lista de participantes



ATIVISMO NO

NO

NORDESTE

TEMOS MEDO DAS MULHERES



Apresentação

Desde os anos 1990, organizações dos movimentos sociais desenvolvem diversos processos educativos que procuram fortalecer a formação crítica de ativistas e de pessoas vivendo com HIV/Aids que trabalham para coibir o crescimento da epidemia da Aids no Brasil. A inserção de sujeitos, atentos a discriminações e capazes de lutar por cidadania plena, incidem numa luta por direitos, onde reinvidicam políticas públicas e acesso à informação, a medicamentos e a serviços de saúde de qualidade.

O *Articulando o Ativismo em Aids no Nordeste* foi um processo de formação política e mobilização social realizado através da parceria entre o SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia/PE e o Grupo de Resistência Asa Branca (Grab/CE), no período de 2004 a 2006. Foi uma ação que viabilizou discutir a relação existente entre a epidemia da Aids e

o modelo de desenvolvimento econômico que, no capitalismo contemporâneo, aprofunda as desigualdades sociais, de gênero e de raça, influenciando diretamente no aumento da vulnerabilidade ao HIV/Aids.

Ativistas do Nordeste representantes de fóruns Aids, redes de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), o movimento feminista, o movimento GLTB (gays, lésbicas, travestis, transexuais, transgêneros e bissexuais), o movimento negro, o movimento de direitos humanos, as associações de profissionais do sexo, os sindicatos de trabalhadores/as rurais e urbanos/as, o movimento jovem, entre outros, discutiram o papel do movimento social no contexto sociopolítico-econômico dos séculos XX e XXI. O enfoque foi nas políticas de ajuste estrutural que ameaçam o acesso universal a serviços públicos de saúde — com a precarização do Sistema Único de Saúde (SUS) —, assim como ameaçam o acesso aos medicamentos anti-retrovirais. Foram abordadas, particularmente, as negociações relacionadas a serviços e a propriedade intelectual no âmbito das Rodadas da Organização Mundial do Comércio (OMC). Esses acordos, juntamente com os acordos firmados com o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), impactam fortemente o cotidiano das pessoas.

O projeto instituiu uma dinâmica de participação e interlocução no grupo, potencializando ações locais e regional. Inicialmente, foi realizada uma oficina de articulação no *Fórum Social Nordestino* (2004), que gerou o eixo orientador do *Curso de Ativismo em Aids* (2005) e as conseqüentes *Jornadas de Mobilização nos Estados do Nordeste* (2005/06), culminando com a Rodada de Diálogo no Fórum Social Brasileiro (2006), no Recife. Essa construção em múltiplos espaços articulou experiências que ampliaram o sentido estratégico da mobilização em torno das lutas contra a epidemia da Aids na Região.

Esta publicação pretende socializar essa experiência, apontando os princípios metodológicos, as referências teóricas e as reflexões trazidas nos artigos das educadoras que participaram do processo de formação. Os textos revelam dados e um olhar crítico sobre a Região Nordeste. Relacionam a luta por direitos humanos com os avanços e desafios para a conquista da cidadania. Abordam as injustiças e desigualdades decorrentes do modelo de desenvolvimento capitalista e a relação com as políticas de saúde e de controle da epidemia da Aids. Em outra dimensão, a publicação traz elementos de discussão sobre o agir dos movimentos sociais, em particular, do movimento de luta contra Aids. Nessa perspectiva, a fala

dos/as ativistas e de pessoas indiretamente envolvidas pelas ações do projeto publicizam o quanto foi realizado para o avanço desse debate sobre a Aids no Nordeste.

Esse processo é fruto de experiência, estudo, esforço, alegria, angústia e ousadia de um grupo comprometido com profundas transformações sociais, que busca, a partir do Nordeste do Brasil, construir um mundo melhor, mais justo, onde as pessoas possam se proteger do HIV, bem como possam dignamente viver com a Aids.

Alexandre, Maria de Jesus,
Mirtês, Eulina, Socorro,
Marcos, Marinalva, Beth,
Keops, Jair, Moisés, Isabel,
Wendel, Rose, Nielson,
Elaine, Fábio, Regina,
Verônica, Guilhon, Josefa,
Rosária, Cristiano, Igor, Jack
Brasil, Francisca, Goretti,
Adriano, Solange, Carlúcio,
Patricio, Violeta.



**Quando lerem
seus papéis
pesquisando,
dispostos ao
assombro,
procurem o velho
e o novo, pois
nosso tempo
é o tempo de
nossos filhos
é o tempo das
lutas do novo
com o velho.
Procura do velho
e do novo.**

Bertold Brecht



A construção Metodológica

O projeto *Articulando o Ativismo em Aids no Nordeste* foi elaborado com o desafio de mobilizar redes dos movimentos sociais que lutam contra a epidemia da Aids, no sentido de defender os direitos sociais, com ampliação de políticas públicas e do acesso a serviços públicos de saúde. Essa ação visou criar estratégias para enfrentar a epidemia da Aids através da formação política de ativistas, tendo como perspectiva a construção da cidadania e o fortalecimento da democracia. É na dimensão da luta por direitos humanos em torno de questões globais e locais que se inseriu essa proposta, vivenciada por 28 pessoas de oito Estados do Nordeste do Brasil.

Com o objetivo de instituir uma incidência na luta contra a Aids na Região Nordeste, o projeto criou estratégias de participação para construir um processo de aprendizado e de ação política realizado em três momentos, que serão detalhados a seguir. Os critérios de participação priorizavam ser ativista do movimento de luta contra a Aids e estar articulado/a em redes e fóruns ou liderando algum processo de luta nos temas do projeto; ter capacidade e compromisso de organizar futuras jornadas de debates nos Estados, a partir das realidades locais e aglutinando outros movimentos sociais. Foi reservada a metade das vagas para pessoas que vivem com HIV e Aids e também se considerou o critério de raça e gênero. A convocação e a pré-seleção aconteceram nos Estados, a partir da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (RNP+), de Fóruns Aids e de Fóruns de Mulheres. As vagas por Estados foram preenchidas a partir de critérios de população, expressão da epidemia da Aids e presença dos movimentos sociais, ficando assim divididas: Maranhão (três), Piauí (quatro), Ceará (cinco), Rio Grande do Norte (três), Paraíba (dois), Pernambuco (cinco), Alagoas (dois) e Bahia (quatro), apenas Sergipe não encaminhou inscrições. Foram convidados/as, para facilitar o processo de aprendizagem, profissionais de diferentes áreas de conhecimento que têm compromisso com a defesa dos direitos humanos, sob a coordenação do SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia e do Grupo de Resistência Asa Branca (Grab), com o apoio do Grupo de Trabalho em Prevenção (GTP+).

O primeiro passo foi uma oficina de quatro horas, no Fórum Social Nordestino (FSNE/2004), no Recife, do qual participaram cerca de cinquenta pessoas de todos os Estados do Nordeste. Nessa atividade, foram levantadas informações sobre as necessidades de formação política que possibilitassem adensar as estratégias de luta contra a Aids no Nordeste. A reflexão se deu diante do contexto de ajustes neoliberais que afetam o acesso a serviços públicos de qualidade, assim como ameaçam a universalização do acesso a medicamentos anti-retrovirais. O grupo dessa oficina passou a ser, junto com os fóruns e redes estaduais, a referência para divulgação e mobilização para as etapas seguintes. O grupo também se mobilizou para levar a questão da Aids nas manifestações públicas do FSNE.

O segundo momento foi o curso realizado na Ilha de Itamaracá, em Pernambuco, no período de 20 a 27 de agosto de 2005. Com uma carga

horária de 56 horas/aula, foram abordadas as seguintes temáticas: Lutas Sociais no Nordeste; Movimentos Sociais e Aids; Direitos Humanos e Cidadania; Estados Nacionais e Relações Internacionais; Sistema ONU e Conferências Mundiais; Ajuste Estrutural e Acordos da Organização Mundial do Comércio (OMC), Acordo Geral sobre Comércio e Serviços (Gats, na sigla em inglês), Tratado Relativo ao Direito de Propriedade Intelectual (Trips – Patentes e Medicamentos), Tratados de Livre Comércio (TLC) e Reforma da Saúde, SUS e Controle Social. Ao final do curso, o grupo, dividido por Estados, apresentou um plano de ação para realizar jornadas de ativismo em Aids em cada localidade.

A capacidade e o compromisso de articular as jornadas materializaram-se nos vários eventos pós-Itamaracá: alguns ainda em 2005, como no Ceará, com debates internos nos Fóruns Aids/RNP+; no Piauí, onde foram feitas jornadas sobre DH, acordos internacionais, epidemia da Aids e comunicação; no Maranhão, as jornadas receberam o nome de *Rodadas de Estudos e Debates* e foram itinerantes, percorrendo municípios como Bacabal, Codó, Timom, Itapecuru Mirim, Santa Inês e a capital São Luís. Em 2006, foram realizados seminários no Ceará, na Paraíba, em Alagoas e outros processos de formação nos movimentos de luta contra a Aids, como em Pernambuco e na Bahia. Também, os temas trabalhados no curso foram levados para os encontros regionais dos diversos fóruns e redes. Essas experiências conseguiram a mobilização de sindicatos e de vários outros movimentos sociais, interiorizando o debate. Essa estratégia foi de grande importância para consolidar a relação do plano local com o debate que ocorre no plano global, ou seja, relacionar a macropolítica com a micropolítica vivenciada no cotidiano de cada movimento que luta contra a epidemia da Aids.

O *Fórum Social Brasileiro*, em abril de 2006, no Recife, foi o terceiro momento do processo. Nele foi distribuído o jornal *Articulando o Ativismo em Aids*, que trazia artigos que defendiam serviços públicos de saúde e publicizava manifestos das redes que lutam contra a OMC, o Banco Mundial e o FMI. Foi um momento de compartilhar as experiências estaduais através de uma oficina de 4 horas, para cerca de 60 pessoas, na qual foram planejadas ações para a continuidade do projeto. Foi incentivada a participação, entre outros eventos, no *Seminário em Defesa dos Serviços Públicos*, em que a questão do acesso à saúde pública estava relacionada a bens públicos como água e energia, assim como ao acesso a medicamen-

tos genéricos, com a defesa da quebra de patentes. Nesse fórum, também foi estratégica a mobilização na passeata.

O método utilizado considera os saberes anteriores dos/as ativistas e as lutas desenvolvidas nos movimentos sociais. O pressuposto inicial é que não basta ter um conteúdo transformador se o processo de aprendizado for vertical. Nessa perspectiva, a educação popular é uma referência que valoriza o saber popular e a iniciativa do/a educando/a. Outra referência é a concepção feminista que articula teoria com prática política, questionando as relações de poder, que estão inseridas nos sistemas de dominação. Dessa forma, as ações do projeto também foram pautadas em bases pedagógicas que interligam as microdimensões sociais sem perder de vista a sua relação com a dimensão macrosocial, considerando o pensamento de que a “ação educativa é também política, porque objetiva mudar as relações de injustiça”, nas quais “a aprendizagem envolve os sujeitos por inteiro e não apenas intelectualmente”, Gouveia e Portella (1998).

Nessas referências pedagógicas, os/as participantes do processo de aprendizagem são sujeitos de transformação da realidade. A perspectiva é a construção de análise crítica da realidade e o fomento de estratégias e lutas coletivas diante dos problemas e desafios no enfrentamento da epidemia da Aids. Foram usados métodos participativos — jogos; trabalhos de grupo; exercícios de relaxamento, integração e concentração do grupo; e produção de conhecimento coletivo — e, ao final, foram elaboradas propostas de realização de jornadas nos Estados, mantendo os princípios metodológicos de promover debates envolvendo as mais diversas redes dos movimentos sociais, assim como relacionar as questões locais com as dinâmicas globais do capitalismo, buscando gerar pensamento crítico e resistências locais para as lutas por mudanças nas políticas públicas.

Nesse método, entende-se que o aprendizado não se dá apenas no momento presencial do curso, mas nas conversas, leituras, debates, incidências nos espaços públicos e nos espaços dos movimentos sociais como, por exemplo, a participação nos fóruns sociais — *Fórum Social do Nordeste* (FSNE/2004) e *Fórum Social Brasileiro* (FSB/2006) — que são processos de articulação, mobilização e fomento dos movimentos sociais na construção de um mundo mais justo. Essa participação possibilitou o compartilhar de experiências e as inter-relações entre movimentos sociais, no campo da saúde e dos direitos humanos, constituindo uma ampliação do processo de aprendizagem e da atuação política.

Dessa maneira, entende-se que formas articuladas de adquirir conhecimentos possibilitam alimentar os sonhos de luta. A concretização dessa luta, como diz o educador Paulo Freire:

[...] demanda coerência, valor, tenacidade, senso de justiça, força para brigar, de todas e de todos que a ele se entreguem; é o sonho por um mundo menos feio, em que as desigualdades diminuam, em que as discriminações de raça, de sexo, de classe sejam sinais de vergonha e não de afirmação orgulhosa ou de lamentação puramente cavilosa. No fundo, é um sonho sem cuja realização a democracia de que tanto falamos, sobretudo hoje, é uma farsa.

O conteúdo trabalhado no conjunto das atividades revela a intenção de se discutir a relação existente entre a pandemia da Aids e o modelo de desenvolvimento capitalista vigente, contextualizando as implicações e os acordos estabelecidos no âmbito das políticas públicas internacionais, nacionais e locais, bem como as desigualdades sociais e econômicas, de raça, gênero e orientação sexual e a pobreza como importante fator que contribui para o aumento da vulnerabilidade ao HIV/Aids.

A referência teórica que orientou o projeto tem como base a saúde, a cidadania e a democracia. A saúde com uma abrangência multidisciplinar, que requer análises políticas, socioeconômicas, ao mesmo tempo em que se relaciona com um conhecimento técnico e prático diante do processo saúde–doença. Na argumentação de Minayo (1996:150),

A saúde como questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém, as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela.

A noção de cidadania trabalhada está vinculada à idéia de direitos, entendidos na perspectiva de Coutinho (2000:53): “Os direitos são fenômenos sociais, são resultado da história”. A democracia, por sua vez, é entendida como uma questão política e filosófica, conforme apontado por Dias (1999:74):

A democracia é marcada pela particularidade imposta pelo mercado, pela posição diferencial na luta, na concorrência entre proprietários ou não, nas próprias diversidades e contradições possíveis no interior de cada um dos blocos antagônicos, etc., construída pelo acesso diferencial às diversas escalas de poder (econômico, político, ideológico) no interior da sociedade do Capital.

Tendo esse campo referencial, foi inicialmente trabalhada a conjuntura social política do Nordeste, compreendendo a Região e as lógicas de subordinação que sempre foram constitutivas dos modelos de desenvolvimento implantados regionalmente. Essa visão foi estratégica para entender como se dá a dinâmica dos processos saúde–doença na Região, onde a epidemia da Aids tem crescido, especialmente entre as mulheres.

Um segundo tema abordado foi relacionado ao que é chamado *movimento social*, buscando construir percepções e conceituações a partir da experiência do grupo, e, particularmente, foram trabalhadas a construção e a ação do movimento de luta contra a Aids. Esse debate visava construir forças entre os/as ativistas participantes para ampliarem as parcerias de luta, buscando fortalecer o campo dos movimentos sociais numa dimensão coletiva que radicalize a democracia.

No seguimento, um conjunto de disciplinas foi agrupado com o intuito de dar bases teóricas relacionadas com a prática de ação que o grupo já vivenciava. Dessa forma, foram debatidos os direitos humanos, na perspectiva da construção de cidadania e aplicação de direitos. Tomou-se como referência feminista a argumentação de Ávila (2001:16) de que:

A democratização da cidadania é, nesse momento, uma questão crucial. Em primeiro lugar, porque a cidadania, na origem, é uma consigna para poucos. Onde e quando houve superação dos limites de classe, gênero e raça, isso ainda se deu com grandes restrições. Nos países do Sul, como o Brasil, a cidadania é um objetivo recente. Conquistas políticas e legais foram alcançadas com uma frágil situação de efetivação dos direitos.

Nesse sentido, a “luta por cidadania como algo indissociável do processo de consolidação da democracia tem sido colocada como meio de combater o modelo neoliberal de globalização”, (Ávila, 2001:16). Nessa lógica, os debates que se sucederam abordaram as teorias de Estado e o

atual estágio do capitalismo transnacional, destrinchando o conhecimento em torno dos blocos econômicos instituídos no processo histórico, tendo como marco o pós-Segunda Guerra Mundial.

**“O nosso
grande desafio
é transformar
nossas
experiências
em políticas
públicas”**

Socorro/Terrazul – CE

Foram abordados os Tratados de Livre Comercio (TLC) e os mecanismos supranacionais, enfocando especificamente o sistema ONU, o ciclo de conferência dos anos 1990, e, em particular, a Sessão Especial para a Aids Ungass. Outro enfoque foi no sistema FMI–BM–OMC (Gats e Trips), no que se refere à mercantilização do acesso a serviços de saúde e acesso a medicamentos anti-retrovirais. Diante da história recente de implementação de políticas públicas na saúde e seus obstáculos trabalhados no projeto, tomamos como referência a análise de que a implantação das reformas de Estado na América Latina fora exacerbadamente economicista, pragmática e restritiva,

onde “as políticas neoliberais enfatizaram o individualismo e vincularam a política social ao cálculo econômico” (Almeida, 2003:34).

Nessa perspectiva, a partir dos anos 1970, vive-se a ameaça aos ideais que estão baseados nos direitos humanos e na justiça social. As políticas sociais que atenuam as desigualdades impostas pelo mercado deixam de ser de interesse da intervenção do Estado, e inverter essa lógica passa a ser central no ativismo contra a epidemia da Aids. Essa relação se torna cada vez mais dramática quando relacionada a processos de saúde–doença inseridos no complexo de necessidades que envolvem direitos civis, sociais e econômicos.

Por fim, foi aprofundada a reflexão sobre o Sistema Único de Saúde e as contradições de sua implantação no contexto de reformas liberalizantes do Estado brasileiro, submetido ao Consenso de Washington.

Relacionando os sentidos de democracia, cidadania e saúde utilizados por esses/as autores/as, compreendemos como a pandemia da Aids está

intimamente relacionada com modelos de desenvolvimento que aumentam as desigualdades econômicas e sociais, em que a pobreza torna-se um importante fator que contribui para o aumento da vulnerabilidade à Aids.

O projeto buscou, através dessa metodologia, articular a prática e a teoria numa perspectiva de avançar com novas dinâmicas e aprofundamento na produção de conhecimentos. Essa busca de novos caminhos está baseada na compreensão de que é preciso fortalecer os movimentos sociais e seus/suas ativistas para que ocorram mudanças estruturais que incidam na macro e micropolítica e, dessa forma, gerar novos impactos para enfrentar a epidemia da Aids que cresce na Região Nordeste.

Referência Bibliográfica

- ÁVILA, Maria Betania. Feminismo, Cidadania e Transformação Social. In: ÁVILA, Maria Betania (org). **Textos e Imagens do Feminismo: Mulheres Construindo a Igualdade**. Recife: SOS Corpo- Gênero e Cidadania, 2001.
- CHAUÍ, Marilena. **Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas**. São Paulo: Cortez, 1990.
- COUTINHO, Carlos Nelson. **Contra a Corrente. Ensaios sobre Democracia e Socialismo**. São Paulo: Cortez, 2000.
- FLEURY, Sonia Maria. Políticas Sociais e Cidadania na América Latina. In: CANESQUI, Ana Maria. **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1997.(série saúde em debate, n.107).
- FREIRE, Paulo. **Política e Educação**. São Paulo: Cortez, 2003.
- GOUVEIA, Taciana, PORTELLA, Ana Paula. **Idéias e dinâmicas para trabalhar com gênero**. Recife: SOS CORPO – Gênero e Cidadania, 1999. (Metodologia SOS Corpo).
- VASCONCELOS, Eymar Mourão. **A saúde nas palavras e nos gestos – Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.



Desigualdades e resistência: uma breve caracterização sobre o Nordeste

Nívia Cristiane Pereira

Assistente social, Mestra em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE e professora substituta do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba.

A conjuntura que predominou nos anos 1990 fortaleceu uma crise estrutural que vinha tomando forma nas últimas duas décadas, passando a atingir diretamente as camadas mais desprovidas da sociedade brasileira. Os acontecimentos políticos-econômicos, surgidos no fim dos anos 1980 no Brasil, definiram o perfil e a direção política dos governos seguintes.

O Brasil, no início dos anos 1990, passa efetivamente a adotar os princípios neoliberais enquanto modelo político, desde o governo de Fernando Collor de Melo (1990-1992), intensificado no governo Fernando Henrique Cardoso. O Governo FHC consolidou a política neoliberal iniciando o processo de reforma do Estado, com a aplicação das orientações elaboradas durante o Consenso de Washington, e alavancou um processo de Reforma do Estado que, dentre outras medidas, implicou em privatizações de empresas estatais e cortes nos gastos sociais.

De acordo com dados do Instituto de Estudos Socioeconômicos – INESC¹, a metade dos recursos liquidados em 2002 foram destinados ao pagamento das dívidas internas e externas. O deslocamento desses recursos comprometeu o orçamento garantido constitucionalmente à educação e aos gastos da Seguridade Social – Saúde, Previdência e Assistência Social. A adoção do superávit primário, isto é, a retirada de recursos da Seguridade Social para o pagamento dos serviços da dívida, é uma das medidas centrais do ajuste estrutural, que se manteve no Governo Lula.

Nas últimas décadas, percebemos expressivamente a distribuição da pobreza no meio urbano dos grandes centros brasileiros. Uma das causas é o chamado processo de metropolização, isto é, a concentração demográfica excessiva. Essa grande parcela de massa da população se distribui nas cidades aglomerando-se em espaços desprovidos de infra-estrutura física e social. Por outro lado, o modelo de desenvolvimento hegemônico na última década, não tem favorecido a superação das desigualdades regionais e, pelo contrário, baseiam-se em modelos que implicam no acirramento de desigualdades de classe e gênero e a insustentabilidade no que se refere às questões ambientais. Nesse contexto, a falta de acesso à política de saúde enquanto direito social básico inviabiliza a transformação das condições de vida.

1. Nota Técnica N° 80: 2002 – O ano que não terminou?

Refletir sobre a região Nordeste atualmente exige considerar as especificidades históricas que definiram seus aspectos políticos, econômicos e sociais e sua relação com as demais regiões brasileiras. O Nordeste, em si, não é um problema, embora tenha sido historicamente tratado dessa forma, descolado dos processos macro-sociais, econômicos e políticos que atravessam o Brasil. Com efeito, a análise sobre os problemas e desigualdades que mostram-se mais acirradas na Região Nordeste encontram seus fundamentos na formação social brasileira e nos processos que, no decorrer dos séculos, forjaram a real problemática das desigualdades regionais.

Nos dias atuais, o Nordeste ainda é marcado por indicadores sociais, econômicos e de saúde que atestam a desigualdade em relação a outras regiões do país. A análise destes indicadores se mostra um relevante exercício para ativistas que atuam no controle social sobre as políticas públicas e constroem movimentações sociais na defesa dos direitos sociais, como é o caso do direito à saúde. Nos propomos, neste texto, a analisar algumas destas informações, que revelam realidades e, em muitos casos, também expressam disputas no campo das políticas públicas.

Os indicadores sociais e de saúde do Nordeste: expressões contemporâneas de desigualdades seculares

Atualmente, a população do Nordeste, segundo dados da PNAD de 2005, é composta por 51.065.275 habitantes, sendo 49% de homens e 51% de mulheres. Entre a população nordestina, cerca de 29% se identifica como branca, enquanto cerca de 70% se denomina como preta ou parda.

Uma das informações mais expressivas da desigualdade entre a Região Nordeste e as demais regiões do país refere-se à expectativa de vida. No Nordeste, a expectativa de vida ao nascer na região é de 65 anos para os homens e 72 anos para as mulheres. No Sudeste do país, a expectativa de vida é de 69 anos para os homens e 77 anos para as mulheres. Com efeito, a expectativa de vida ao nascer do nordeste é a menor entre as outras regiões do país².

2. *Indicadores Sociais Básicos do Ministério da Saúde, 2004*

Outra característica que marca a região e confirma o *não acesso* aos direitos sociais básicos garantidos constitucionalmente é a alta taxa de mortalidade infantil (35,88 óbitos por cada mil nascidos vivos), sobretudo quando comparadas às do Sudeste (15,61 óbitos a cada mil nascidos vivos) no que diz respeito aos casos ocorridos em todo o Brasil³.

O acesso a serviços básicos de saúde como, no caso das mulheres, o exame preventivo do câncer de colo uterino, uma doença cuja incidência é significativamente mais expressiva no Nordeste, é também outro indicativo da distância entre os princípios do SUS e a vida cotidiana das mulheres na Região. Segundo dados do Ministério da Saúde, de 2005, a cobertura para a realização do exame papanicolau era de 74% a 93% da população de mulheres em 16 capitais brasileiras, se consideramos os serviços privados e aqueles que compõem a rede pública (SUS). A cobertura na rede pública de saúde, no entanto, varia entre 1/3 a 2/3 deste total, ou seja, o acesso ao exame pela rede pública ainda não atinge toda a população de mulheres brasileiras, em especial nas áreas mais pobres do país, como é o caso da Região Nordeste.

A Região Nordeste concentra grande parte da população pobre do país e persiste como uma das regionais mais desiguais do Brasil, com alta concentração de riqueza que é, inevitavelmente, no capitalismo, o outro lado ou o mecanismo que produz a pobreza⁴. Segundo o IBGE⁵, cerca de

**“O que
percebemos na
saúde, hoje, é
uma ausência
de efetivação de
direitos”**

Mirtes/Girassol – CE

3. Fonte: DATASUS, 2004

4. Pois a origem da desigualdade econômica está no fato de que a maioria da população produz a riqueza, enquanto uma pequena, mínima, parcela de pessoas se apropriam e usufruem dela.

5. IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD, 2005.

55,47% da população do Nordeste encontra-se na pobreza, enquanto no Sudeste a proporção de pobres é de 20,5% e, no Sul, de 17,8%.

Nesse contexto, as características da epidemia de Aids no Nordeste brasileiro, sobretudo na última década, constituem também um indicador significativo acerca das desigualdades regionais no Brasil e das desigualdades sociais na Região. Segundo dados do Programa Nacional de DST Aids (2005), a epidemia de Aids atingiu, em 2003, a marca de 18 casos por 100 mil habitantes (taxa de incidência), o que é considerado um patamar bastante elevado. Entre os homens, verifica-se, desde o final dos

**“Os
movimentos
sociais são a
possibilidade de
resolver o que a
gente quer”**

Marinalva/Matizes - PI

anos 1990, uma tendência à estabilização na incidência e na mortalidade. Em 1993, a incidência de Aids entre os homens era de 19 casos (por 100 mil habitantes) e em 2003, esta taxa era de 22,8. Já entre as mulheres brasileiras, a incidência de Aids saltou de 5,2, em 1993, para 14 casos na população de 100 mil habitantes⁶.

Nas taxas de mortalidade, verifica-se a mesma tendência: a taxa de mortalidade por aids entre homens passou de 12,3, em 1993, para 8,8 em 2003. Entre as mulheres, verificou-se, em uma década, um significativo crescimento, de 2,9 para 4,0 (por 100.000 hab) da mortalidade por aids.

Quando comparamos os dados por regiões, aparece o peso da desigualdade social e regional nas tendências seguidas pela epidemia no país. Embora a epidemia venha crescendo em todas as regiões, este crescimento é bem maior na Região Nordeste, enquanto no Sudeste, onde historicamente se verificaram as mais altas taxas de incidência e mortalidade, a tendência é de decréscimo. No Nordeste, em 1993, a taxa de incidência de

6. Casos de aids (taxa por 100.000 hab) segundo ano de diagnóstico por sexo. Brasil, 1980-2004. Programa Nacional de DST Aids do Ministério da Saúde. Brasília, março de 2005.

aids era de 3,3 casos por 100 mil habitantes. Em 2003, esta taxa é de 6,8. Isso significou, em números absolutos, um aumento de 1428 para 34424 casos de aids na Região, registrados no ano de 2004.

Este crescimento da epidemia no Nordeste é acompanhado por um processo de pauperização – incidência na população mais pobre e com menor escolaridade – observados na última década. Nesse período, também tem se verificado um processo de feminização da epidemia e o crescimento da incidência em homens e mulheres heterossexuais – o que rompe com uma visão estigmatizante sobre os homossexuais e bissexuais como “grupos de risco”.

Estas configurações colocam grandes desafios para os movimentos sociais no Nordeste no que diz respeito à luta pelo direito à saúde, como o acesso aos serviços e medicamentos, mas também de um modo mais amplo de luta por direitos sociais no campo do trabalho, da educação e da Assistência e Previdência Social, que enfrentem desigualdades estruturais.

Nesse sentido, vale a pena ainda analisar alguns indicadores que se referem ao acesso aos direitos sociais.

Os indicadores educacionais também expressam a marcante desigualdade regional entre a Região Nordeste e demais regiões do País, sobretudo o Sudeste. No Nordeste, cerca de 20% da população com mais de 10 anos de idade não está alfabetizada, enquanto no Sudeste este percentual é de apenas 5%. No campo do trabalho, as desigualdades também são gritantes: um/a trabalhador/a no Nordeste ganha, em média, metade do que ganha um/a trabalhador/a na Região Sudeste. Os rendimentos médios por domicílio na Região Nordeste representam cerca de 53% dos rendimentos médios de um domicílio na Região Sudeste⁷.

O acesso à Previdência Social também se mostra mais desigual para a população nordestina. No Nordeste, se encontram os menores níveis de contribuição para a previdência social entre a população ocupada. Em consonância com estes dados, é do Nordeste o maior percentual de informalidade no vínculo de trabalho – cerca de metade dos/as empregados/as não tem carteira assinada, enquanto no Sudeste este percentual é de 26,5%⁸.

7. *Idem.*

8. *Idem.*

Vale destacar que, no sistema previdenciário brasileiro que obedece à lógica contributiva, legado da reforma neoliberal de FHC, a previdência reproduz as desigualdades existentes no mercado de trabalho. Assim, a informalidade e precarização das relações de trabalho se revelam nos baixos níveis de contribuição e na restrição das possibilidades de acesso à aposentadoria e à proteção social.

Entre as/os trabalhadoras/es domésticas/os, categoria profissional composta majoritariamente por mulheres negras, esse percentual sobe para 85,5% no Nordeste e 67,4% no Sudeste, revelando as desigualdades regionais como também que, em nossa Região, persistem mais fortemente os traços escravistas da formação econômica e social do país (2005).

Este último dado nos remete a dimensões fundamentais que estruturam as desigualdades na nossa região. No Nordeste, berço colonial da monocultura canavieira como modelo econômico, de base escravista, e do patriarcalismo, que se espalhou para a política e a cultura, ainda se percebe, em situações como a das trabalhadoras domésticas, as marcas de desigualdades históricas não enfrentadas e de uma unidade dialética entre a desigualdade econômica, de gênero e racial na configuração dos problemas sociais e das desigualdades que marcam a região. Desigualdades que não vêm sendo suficientes e estruturalmente enfrentadas pelas políticas públicas e, pelo contrário, são acirradas pelo modelo de desenvolvimento hegemônico, baseado no favorecimento ao agronegócio (fusão entre latifúndio e monocultura) e à indústria do turismo, cujas faces mais perversas são o turismo e a exploração sexual de mulheres e crianças.

Que desenvolvimento para o Nordeste? Alguns desafios no campo dos direitos e políticas sociais

Do ponto de vista da literatura sobre o Nordeste, a desigualdade social e econômica do Nordeste passou a ser alvo de políticas públicas de Estado, a partir de 1960, com a criação do primeiro órgão de planejamento regional do Brasil, a Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste – SUDENE. Este órgão passou por sucessivos processos de investidas e desestruturações, e, no geral, tendo em vista a perspectiva que se manteve hegemônica de desenvolvimento no Estado brasileiro, não foi capaz de promover mudanças no modelo de desenvolvimento. Este se manteve dominado pelo setor agrário-exportador, assentado nas grandes mono-

culturas e latifúndios, em detrimento da pequena produção da agricultura familiar, da diversificação produtiva e do efetivo enfrentamento da pobreza na Região.

Hegemonicamente, as políticas chamadas desenvolvimentistas, das quais o Nordeste foi alvo, se basearam nas premissas de que o desenvolvimento estava necessariamente relacionado, ou mesmo seria o resultado, da industrialização, da urbanização e do avanço tecnológico.

Estas perspectivas eram adotadas pelo governo brasileiro sob forte influência, ou mesmo ingerência, dos países ditos “desenvolvidos”, cujo modelo os países pobres deveriam seguir. Nas últimas décadas, estas diretrizes têm sido disseminadas pelas Instituições Multilaterais, como o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial, que exercem forte pressão sobre países como o Brasil.

Além destes aspectos, os discursos hegemônicos sobre o desenvolvimento também enfatizavam, sobretudo nos anos 1960 e 1970, a necessidade de controle da população, o que reverteu em ações de controle da natalidade, que em sua maioria se deram violando os direitos reprodutivos das mulheres pobres.

A Região Nordeste foi alvo principal destas ações, que nos anos 1970 e até hoje vem sendo uma das fortes lutas do feminismo – os direitos reprodutivos das mulheres, que tem conquistado avanços fundamentais nesse sentido, embora as lacunas no acesso à contracepção que garanta as possibilidades de auto-determinação reprodutiva para as mulheres ainda sejam uma realidade no Nordeste e em outras regiões brasileiras. O que se percebe é que, quando lançamos o olhar sobre a história a partir do ponto de vista das desigualdades de gênero e do lugar das mulheres, a intervenção do Estado deu-se também pelo controle de dimensões privadas da vida, como a reprodução. A intervenção “desenvolvimentista” sobre o Nordeste se fez, ampla e largamente, sobre o corpo e a vida sexual e reprodutiva das mulheres. Esta seria uma dimensão velada, não fosse a atuação do movimento de mulheres no Brasil e, especialmente, na região.

De uma maneira bastante sintética, podemos dizer que o modelo de desenvolvimento hegemônico tem privilegiado o grande capital e acentuado as desigualdades de classe, gênero e baseadas na raça/etnia no Nordeste. A pobreza na região tem sido enfrentada mais através das políticas assistenciais, expandidas neste Governo, do que através de mudanças estruturais, como a reforma agrária, o incentivo às pequenas produções,

a garantia dos direitos sociais em uma perspectiva de universalidade e integralidade, dentre outros aspectos.

As ações privilegiadas, como o incentivo ao turismo, em geral tem se feito sem garantir benefícios e distribuição da riqueza produzida e, mais gravemente, assentado nas desigualdades de gênero – tais como a mercantilização do corpo das mulheres, o tráfico e a exploração sexual de crianças e adolescentes – e de raça, pois que a maioria destas mulheres são pobres e negras. Estes têm sido os resultados da investida no turismo como caminho para o desenvolvimento, desenvolvido sob a estrita lógica do mercado pelos governos da Região.

Embora os programas de transferência de renda, como o Bolsa-Família, venham cumprindo um papel fundamental na redução dos níveis de desigualdade, sobretudo entre a população mais pauperizada, estas iniciativas se chocam com políticas econômicas de base conservadora e que direcionam os recursos para investimento nas políticas sociais para outros campos. Esbarram, também, com grandes iniciativas previstas na política nacional de desenvolvimento regional, a ser implementada, como é o caso da transposição do Rio São Francisco, fortemente denunciada e combatida pelos movimentos sociais.

Assim, a breve análise sobre a região Nordeste e suas características econômicas e sociais reafirmam o desafio de pensar políticas públicas para o Brasil considerando as especificidades regionais sem ignorar a política neoliberal voltada para o tratamento das expressões das desigualdades de classe, gênero e raça/etnia que se apresenta de forma precária e insuficiente atingindo em especial a população mais desprovida economicamente.

O panorama futuro das políticas sociais, sua efetiva universalidade ou sua gradativa restrição, pela retirada de recursos públicos, estará condicionado a esta ampla compreensão e defesa dos direitos sociais pelos movimentos sociais e é, portanto, um desafio para o Movimento Aids no Nordeste.

Conforme já apontado ao longo deste texto, estes desafios estão colocados de modo particular na luta pelo direito à saúde, como se poderá aprofundar nos textos que se seguem nesta publicação.

Referência Bibliográfica

- CAMURÇA, S.; BATISTA, C. & FRANCH, M. **Ajuste estrutural, pobreza e desigualdade de gênero**: um caderno feminista de informação e reflexão para organizações de mulheres – Iniciativa de Monitoramento da Ação das IFMS no Brasil numa perspectiva de Gênero. Recife: SOS CORPO – Gênero e Cidadania/Iniciativa de Gênero, 2001. 156p.
- COHN, A. & ELIAS, E. **Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços**. São Paulo: Cortez: Cedec, 2003.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese dos indicadores sociais 2005**. Brasília: IBGE, 2005.
- LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado: a política social no neoliberalismo. *In.*: LAURELL, A. C. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico Aids e DST**. a. 1. n. 1. Brasília: Programa Nacional de DST Aids/MS, março de 2005.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Indicadores Sociais Básicos 2004/DATASUS**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/idb>>. Acesso em: 09.09.2006 e 11.10.2006.



Existe um Movimento Aids?

Carmen Silva

Mestra em História e Filosofia da Educação pela PUC – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo,
Mestra em Políticas Públicas e Movimentos Sociais pela UFMA - Universidade Federal do Maranhão e
Educadora do SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia, Recife/PE.

O questionamento acima ocupou meu pensamento, numa manhã chuvosa de domingo, a caminho de um encontro incluído no processo de formação dos ativistas em Aids no Nordeste brasileiro. Será que podemos caracterizar a luta social pelos direitos das pessoas que vivem com HIV/ Aids como um movimento social? Responder positivamente a essa questão exige refletir sobre quem são os sujeitos dessa luta? Como eles e elas se organizam? O que reivindicam e como atuam? Contra quem atuam? O que já conquistaram? Mas também nos desafia a buscar uma compreensão compartilhada sobre o que vêm a ser movimentos sociais.

No encontro de formação, estavam representantes de ONGs de grande, médio e pequeno porte, sendo algumas do movimento de mulheres, outras do movimento negro, ligadas a sindicatos, algumas ligadas ao movimento GLTB, outras, à Rede de Pessoas Vivendo com HIV... Juntas, elas configurariam um movimento social? Uma característica comum as une: dedicam-se ao trabalho junto a pessoas que vivem com HIV no contexto da difícil situação econômica e social, e algumas são portadoras do vírus e atuam coletivamente no enfrentamento da epidemia da Aids.

Já há algum tempo, os/as ativistas vêm estabelecendo a relação entre a epidemia de Aids e as precárias condições de vida das populações submetidas à pobreza. O exemplo da África é paradigmático para demonstrar como a ausência de políticas de desenvolvimento alarga o escopo da epidemia. Betânia Ávila observa que, “a partir da Aids, também acontece um encadeamento de fatores que provocam a exclusão, sendo a perda do emprego, por exemplo, uma situação bastante comum. E, nesse sentido, a perda do emprego reconstrói o ciclo da exclusão pela matriz clássica do membro da sociedade. A Aids, nesse caso, funciona como porta de entrada no campo da vulnerabilidade econômica”¹.

Respondendo à primeira indagação feita acima, começamos o encontro trocando experiências sobre a vida interna e a atuação das organizações presentes, analisando semelhanças e diferenças, mas sempre com o sentimento comum de que um movimento social é muito mais do que a gama de organizações que porventura o constitua. Ele diz respeito aos processos de luta social, de fazer com que uma questão se torne um problema público, reconhecido pelo Estado e pela sociedade como tal, a par-

1. ÁVILA, Betania, 1999.

tir da ação do sujeito coletivo que o vocaliza, no caso as pessoas e os grupos que assumem a questão da Aids como um problema social.

Três elementos comuns se destacaram nos objetivos apresentados pelas organizações/pessoas, não obstante algumas fazerem parte de estruturas maiores que também tratam de outras questões: o enfrentamento da epidemia da Aids, a compreensão de que essa é uma luta por direitos humanos e que busca construir cidadania para e com as pessoas vivendo com HIV e o trabalho coletivo de elaboração e controle social das políticas públicas relativas à Aids.

Mas há elementos na missão que diferenciam essas organizações entre si: algumas têm um forte vínculo com o feminismo, outras dão destaque às questões étnico-raciais, e há aquelas que colocam como questão central diferenciadora a sua própria institucionalização e visibilidade. Apesar dessas diferenciações, a unidade de objetivos demonstra uma identificação desses diferentes grupos com uma causa comum, o que é um elemento importante para configurar a possibilidade de produzir uma movimentação social.

Apesar das estruturas organizacionais serem bastante diferenciadas, algumas com maior autonomia e outras ligadas a grandes instituições, o funcionamento dessas organizações tem muito em comum: todas têm parte do seu trabalho feita de forma não remunerada (visto como voluntário ou militante); realizam ações educativas e agregadoras das pessoas que vivem com HIV; têm reuniões e seminários; algumas promovem trabalho cooperativado ou desenvolvem projetos de atendimento direto com acompanhamento hospitalar e domiciliar; outras têm atendimento jurídico e/ou psicológico individualizado; há aquelas que têm ações culturais, em alguns casos vinculadas à sustentabilidade financeira do grupo; e praticamente todas desenvolvem pressão política sobre o poder público (conflitantemente chamada de *advocacy*) e participam dos espaços de gestão e/ou controle de políticas públicas, como os conselhos e as comissões ligados à ação governamental. Todas elas promovem ou participam de mobilizações sociais no Dia Mundial da Luta contra a Aids (*Candlelight*) e em outros momentos de pressão sobre os órgãos públicos de saúde.

Outra atividade cotidiana das pessoas presentes no curso é a participação de suas organizações em articulações da luta contra a Aids, também chamadas fóruns ou redes. Os chamados *fóruns ONGs Aids* ou *articulação Aids* são espaços de articulação entre as diferentes organizações envolvi-

das com a problemática da epidemia que realizam debates, elaboram proposições, manifestam-se, se fazem representar em conselhos de saúde e incidem sobre o Executivo e o Legislativo em torno das políticas de combate à Aids e/ou de promoção de direitos das pessoas que vivem com HIV. Assim, como outras articulações similares, as articulações Aids possuem momentos fortes, do qual o *Candlelight*, o dia de luta em 1º de dezembro, é exemplo, e outros momentos nos quais a mobilização é mais difícil.

Além das articulações Aids, também é comum a participação dessas organizações em outros espaços aglutinadores, como a Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, o Movimento Nacional de Direitos Humanos e a Rede Nacional de Pessoas que Vivem com HIV (RNP+). Em relação a esse tipo de participação, há diferenças que se relacionam com o tipo de organização e/ou com especificidades de sua missão, a exemplo da participação na articulação nacional de educadores populares em saúde, na rede contra o tabagismo, no movimento sindical e no Fórum da Amazônia Oriental (Faor).

Muitas delas atuam nos espaços de orçamento participativo de suas cidades, algumas com experiências em construção de Plano Plurianual (PPA) de governos locais e/ou de participação na tentativa do Governo Federal no início do governo Lula. A maioria está situada nas capitais ou nas regiões metropolitanas, mas, entre essas, há aquelas que trabalham com populações indígenas e quilombolas em localidades no interior dos Estados.

Essa diversidade de espaços de participação e temáticas de atuação se relaciona com a visão predominante entre os/as presentes de que o enfrentamento da epidemia de Aids passa por questões estruturadoras das desigualdades sociais, ou seja, para parte deles e delas enfrentar a Aids não é algo restrito à política de saúde, mas deve ser articulado com as condições materiais de vida e o respeito à dignidade e à liberdade de todas as pessoas. Em função disso, a atuação dessas organizações, cada uma separadamente ou através da articulação Aids, se dá em diversas dimensões e com diferenciadas ênfases. Elas lutam por acesso a tratamento e medicamentos, por atenção integral à saúde, contra a discriminação que afeta as pessoas portadoras do HIV, por saúde sexual e reprodutiva para quem vive com HIV, por acesso aos direitos sociais básicos e/ou a programas de assistência social, por ações de geração de renda e educação, por direitos trabalhistas ou previdenciários, etc.

Essas lutas se expressam de várias formas, que vão desde o atendimento direto e a auto-organização das pessoas soropositivas até passeatas e atos públicos, passando por ações jurídicas, articulação com o Ministério Público, ações culturais ligadas à divulgação e combate ao preconceito, entre outras. Nesses processos, essas organizações têm construído alianças para além dos movimentos sociais. No debate, os/as participantes consideraram parceiros alguns órgãos de governo, como as coordenadorias municipais, estaduais e nacional de Aids e o Ministério do Trabalho, bem como o Ministério Público e alguns meios de comunicação.

Mas, como em todo processo político, as “organizações Aids” também têm encontrado diversos adversários, alguns presentes na estrutura governamental, em especial aqueles que geram a descontinuidade das políticas; mas também no Legislativo, quando engaveta projetos de lei favoráveis à causa; na Igreja Católica, quando reforça os preconceitos contra pessoas que vivem com HIV/Aids ou quando proíbe o uso de camisinhas entre seus fiéis; e, especialmente, no governo norte-americano, com sua lógica de controle econômico e ideológico sobre o mundo.

Até aqui, apresentamos o reconhecimento inicial dos presentes ao encontro de formação que nos impulsionou para o debate sobre se eles constituem um movimento social. Este termo, *movimento social*, é designativo de diversas situações: é usado para fazer referência a manifestações públicas, como passeatas e atos; para denominar processos sistemáticos da luta por direitos por períodos mais longos; mas há também quem nomeie de *movimentos sociais* algumas organizações, ou porque elas usam o termo no seu nome, ou porque possuem grande capacidade de mobilização.

Durante o debate, percebeu-se alguma dificuldade de distinguir movimento e organização. Na nossa percepção, diferentes tipos de organização produzem movimentação social por direitos. As organizações têm fronteiras bem definidas, estabelecem claramente quem são seus integrantes, são permanentes, possuem recursos, um certo grau de profissionalismo e/ou atividade militante constante e planejam suas ações. As organizações Aids que participaram desse processo se enquadram em todas essas características, embora com diferentes fragilidades em cada um desses itens.

Ao falar de movimento social, nos referíamos ao sentido geral de uma movimentação pública de pessoas e organizações em torno de uma causa, no caso a luta contra a pandemia de Aids e pela defesa de direitos das

pessoas que vivem com HIV. Referíamos-nos também à capacidade dessas pessoas organizadas em coletivos de publicizar um problema, denunciá-lo e exigir do Estado a promoção ou reparação de direitos individuais, coletivos ou difusos. Nesse sentido, consideramos como movimentos sociais a ação coletiva de “[...] grupos de pessoas que discutem o seu cotidiano, constroem uma nova sociabilidade, articulam-se em torno de interesses comuns e ações solidárias e irrompem na cena pública reivindicando direitos e manifestando protesto diante de violações”².

Ainda que tendo pouca expressão quantitativa em suas mobilizações na rua, a atuação das organizações aqui apresentadas, aliadas a outras similares, demonstra a capacidade que tiveram de colocar a questão da Aids na agenda política nacional. É certo que outros acontecimentos contribuíram para esse agendamento, como, por exemplo, a morte de Cazuza e Betinho, e que outros setores também tiveram atuação propositiva frente ao problema, como as coordenadorias Aids das secretarias e do Ministério da Saúde. Mas isso não retira a importância da atuação das organizações sociais que tomaram para si o enfrentamento da problemática da pandemia. A identificação coletiva com a causa, a atuação política capaz de publicizar o problema e as alternativas fazem dessas pessoas e organizações um sujeito da luta contra a Aids no Brasil, ainda que eivadas de divergências internas, que, aliás, são comuns a vários outros espaços de luta social.

Como ensina Sader, referindo-se a outros movimentos sociais, “Eles criam novos significados para antigas palavras, articulam-se em torno de projeto e, neste processo, constituem-se propriamente como sujeitos políticos”³. Nem todas as pessoas vivenciam o problema, e nem todas as organizações são expressões de quem vive com HIV, mas se integram a esse processo por solidariedade e/ou por compreensão do significado político da pandemia. Isso nos leva a concluir que, de fato, existe um “movimento Aids” que é, ao mesmo tempo, solidarístico e de auto-organização a partir da inserção do indivíduo na situação particular da Aids.

O pioneirismo do Brasil no programa público de combate à Aids e a produção de medicamentos anti-retrovirais estão em risco pela política

2. SILVA, Carmem, 2004.

3. SADER, Eder, 1988.

do Governo Federal de liberalizar o mercado e manter o protecionismo para a indústria farmacêutica dos países ricos. Isso exige do movimento uma atuação política articulada em âmbito global, a qual tem se expressado no *Fórum Social Mundial* e que, por sua vez, contribui para ampliar a compreensão de mundo e a vinculação desse movimento ao ideário de transformação social.

Nesse sentido, o Movimento Aids, ainda que com organizações frágeis e com mobilizações pequenas, se fortalece quando se percebe, e é percebido pelos outros, como parte do campo político dos movimentos sociais, do campo daquelas pessoas e organizações que lutam por justiça e democracia, que se articulam para conquistar direitos e que, por sua presença no cenário público, opõem-se aos setores que impõem a permanência da opressão e exploração que estruturam a sociedade hoje. “Este ideário político articulado em torno da democracia e justiça social é que dá o escopo teórico-político para o campo dos movimentos sociais. Quando falamos em campo, não tratamos de uma forma organizativa que possa galgar institucionalização, e sim de uma expressão social de poder que se manifesta a partir da ação coletiva de pessoas e organizações e que tem demonstrado capacidade de questionar e alterar, ainda que não o suficiente, as relações de poder predominantes na sociedade”.

Esse pertencimento ao campo não tem, seguramente, a constância e organicidade que seria desejável, mas é perceptível nas alianças que são feitas pelas articulações Aids e na participação, em conjunto, com outros movimentos sociais, de mobilização em torno de outras questões ligadas à liberdade, aos direitos humanos e à justiça social.

Como já observamos, o Movimento Aids reúne, em torno da causa comum, diferentes tipos de atuação frente ao problema e a diferentes tipos de organização. Há ativistas oriundos/as de vários outros movimentos sociais, igrejas, organizações sindicais, partidos, etc., que têm entre si diferentes concepções de mundo e tradições de modo de organização e de ação. Além disso, dados a complexidade do problema e o caráter misto de ação solidária e de luta política, passando por elementos de condição de vida, esses/as ativistas têm várias vertentes de proposição para o que deve ser e o que deve fazer o Movimento Aids.

Esses fatores se expressam no interior do movimento em uma, nem sempre delicada, disputa interna, a qual, muitas vezes, expõe publicamente as fragilidades do movimento e reduz sua capacidade de incidên-

cia política. No encontro de formação, os/as participantes se referiram a esse fenômeno como “luta interna pelo poder” e “colcha de interesses” e denunciavam como isso tem levado ao afastamento de várias pessoas e organizações. Talvez esta seja uma das razões que fazem com que esse movimento não possua uma articulação nacional forte que o organize e o represente.

É fato que nem sempre os ideais proclamados de democracia, direitos, liberdade de expressão e construção coletiva estão fundamentando a vivência cotidiana nas organizações e nos espaços conjuntos do Movimento Aids, mas também é verdade que esse ideário que formou os movimentos sociais ainda não é suficientemente debatido entre essas pessoas. Possivelmente, isso se deve à fragilidade organizativa, ao tempo efetivo de existência enquanto articulação, à ausência de uma consolidação nacional ou mesmo às disputas internas e aos paradigmas que as informam. Mas essa articulação não foi passível de debate no encontro.

As experiências educativas no interior dos movimentos sociais têm sido um elemento muito importante para elaborações de visões compartilhadas sobre a situação social que se quer enfrentar e sobre os próprios movimentos. Muitas vezes, a elaboração política sobre si mesmo nasce nesses momentos de formação e se consolida nos espaços de deliberação política desses movimentos. No caso do Movimento Aids, não existe um único espaço nacional de deliberação, o que exige uma grande capacidade de articulação política para desencadear reflexões e ações coletivas.

Frente a esse debate, apenas uma conclusão provisória: a certeza de que o Movimento Aids é parte do campo político dos movimentos sociais, com momentos fortes de aparição pública e momentos de imersão, no qual seguem funcionando as suas organizações. Essa noção nos impôs, todavia, revisitar nossas inquietações sobre a atuação dessas organizações, no intuito de ampliar as possibilidades de fortalecimento do Movimento Aids, em especial no que diz respeito à educação, à mobilização, ao acompanhamento individual e à atuação em políticas públicas.

Durante o encontro de formação, nos perguntamos se os processos educativos desenvolvidos por essas organizações são sistemáticos; se têm currículo voltado para ir além da compreensão do problema, chegando até a compreender-se como sujeito político coletivo; se conseguem constituir momentos de reflexão sobre a experiência social; e se têm gerado capacidade crítica e propositiva entre os/as participantes.

Refletimos sobre até que ponto o acompanhamento individual a pessoas que vivem com HIV, seja jurídico, psicológico, de saúde ou de assistência social, tem gerado a autonomia necessária para que busquem seus direitos e tem ajudado a grupalizá-las em coletivos que participam e/ou desenvolvem ações políticas. No que diz respeito à incidência em políticas públicas, as perguntas geradas foram no sentido da distinção entre Estado e sociedade, questionando a execução, pelas organizações, de ações que seriam de responsabilidade do Estado, mas, ao mesmo tempo, compreendendo as exigências que a situação das pessoas que vivem com HIV

colocam para essas organizações. A dúvida é se essa execução de política pública tem conseguido se constituir como “caso exemplar” ou “elaboração de metodologias apropriadas” a serem posteriormente adotadas pelo Estado ou se é meramente substitutiva da ação estatal.

Ainda no âmbito da atuação em política pública, nos interessa ver o alcance da capacidade crítica e propositiva desse movimento. Em nível internacional, frente às questões de defesa dos Direitos Humanos, de combate ao livre-comércio e na formulação e exigência de políticas nacionais, o Movimento Aids tem tido capacidade de formulação e pressão bem relevantes, mesmo que isso nem sempre se dê a partir do potencial de mobilização, restringindo-se a ar-

“O diferencial do movimento Aids é que ele é cercado de uma ação concreta e isso precisa de uma estrutura”

Regina/GAPA – CE

ticulações técnico-políticas, conhecidas como lobby. Não sabemos se o mesmo ocorre no plano estadual nas várias unidades da federação e temos certeza de que não acontece no plano municipal. Por um lado, essa fragilidade tem peso relativo nos resultados do movimento em função da política de saúde ser majoritariamente deliberada no Governo Federal, mas, por outro lado, ela tem retroalimentado a fragilidade político-organizativa local do movimento.

Quanto à mobilização social nacional, em grande medida, esse movimento restringe-se a um “calendário” prefixado, ou seja, o Dia Mundial da Luta Contra a Aids, 1º de dezembro. Durante o encontro, não foi possível levantar as mobilizações realizadas nos Estados, mas sabemos que, em alguns, há processos de negociação com as secretarias de Governo, blitz em hospitais para fiscalização, atos político-culturais, caminhadas, etc. Nossos questionamentos nessa área foram sobre a capacidade do movimento de dialogar com outros segmentos sociais que lutam por direitos no sentido de construir ações de rua conjuntas, a capacidade de aglutinação, ou não, dos interessados diretos, ou seja, as pessoas que vivem com HIV, e a estética das manifestações, refletindo sobre que valores ela indica e qual sua condição de sensibilizar pessoas não envolvidas, dando o tom político da luta por direitos.

As informações obtidas durante o encontro de formação indicam uma maior presença do Movimento Aids nos espaços de controle social das políticas públicas de controle da epidemia do que seu investimento em mobilização social para ampliar o apoio da sociedade, reivindicar do Estado e exigir direitos. Ao analisar os problemas da prática de controle social, Solange Rocha, do SOS Corpo, coordenadora desse curso de formação, adverte: “A conjuntura é difícil, os mecanismos são frágeis, os movimentos sociais precisam crescer em consciência política, e o governo precisa efetivar a radicalização da democracia no sentido de enfrentamento das injustiças sociais. Um Estado é tão mais democrático quanto forem fortes e aguerridos os movimentos sociais”⁴. Esse foi o mantra que ecoou no coração e na mente dos homens e das mulheres, ativistas da luta contra a epidemia de Aids, presentes no curso: fortalecer o Movimento Aids, combater a epidemia e conquistar os direitos das pessoas que vivem com HIV.

Referência Bibliográfica

SILVA, Carmen Silvia Maria. Os Movimentos Sociais Continuam Vivos. In: EQUIP - Escola de Formação Quilombo dos Palmares. **Movimentos Sociais e Educação Popular no Nordeste**. Recife: Equip, 2004. (Série Educação Popular, 2).

4. ROCHA, Solange, 2004.

SADER, Eder. **Quando Novos Personagens Entraram em Cena: Experiências, Falas e Lutas dos Trabalhadores da Grande São Paulo**. São Paulo: Paz e Terra, 1988.

ROCHA, Solange. Democracia, Políticas Públicas e Controle Social: uma Relação Indissociável. In: **Aids e Ativismo**-Opinião, São Paulo: Fórum de ONGs/Aids do Estado de São Paulo, n. 10, p. 11-13, out.-dez.,2004.

ÁVILA, Maria Betania. Direitos reprodutivos, exclusão social e Aids. In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard (Org.). **Sexualidades pelo Averso: Direitos, Identidades e Poder**. São Paulo: Rio de Janeiro: IMS; Uerj; Ed. 34, 1999. p. 39-48.

**“O Estado não vai
nos abrir espaços,
nós é que temos
que conquistá-los”**

Wendel/RNP – MA



Política de Saúde no contexto de globalização neoliberal

Solange Rocha

Jornalista, Mestranda em Serviço Social pela UFPE – Universidade Federal de Pernambuco, Educadora e Coordenadora de Programas do SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia.

Verônica Ferreira

Graduada em Serviço Social e Mestra em Políticas Públicas e Sociedade pela UECE – Universidade Estadual do Ceará, Educadora e Pesquisadora do SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia.

O século XX e o início do século XXI são marcados pela expansão e crise do capitalismo contemporâneo. Mas é uma crise? Ou é expansão? Estamos vivendo um processo em que essas perguntas, e o significado delas, trazem reflexos para o cotidiano de nossas vidas, seja na vivência dos efeitos das desigualdades econômicas, seja nas disputas políticas, seja na luta por ampliação de direitos e mudanças político-culturais. Este texto tem como objetivo contextualizar essa época, oferecendo alguns recortes que facilitem o entendimento sobre o processo histórico, a construção de hegemonia, as novas configurações do capitalismo no seu modelo globalizado e as resistências das lutas sociais por políticas públicas que enfrentem as desigualdades, com enfoque particular sobre a política de saúde no contexto da epidemia da Aids no Brasil.

Esse período inicia-se com duas guerras mundiais decorrentes da disputa por hegemonia política e econômica. Jakobsen (2005) contextualiza a Primeira Guerra Mundial, no início do século XX, como uma disputa entre os grandes impérios por mercado. Com o término do conflito, em 1918, os EUA, que não foram afetados diretamente pela guerra, despontam como potência econômica mundial. O tratado de paz impõe à Alemanha condições extremamente severas.

No outro pólo, cresce em ideário o comunismo, que se concretiza como alternativa de projeto societário com a Revolução Russa em 1917, estabelecendo uma nova relação econômica com os demais países. Nesse mesmo período, a superprodução e a especulação ao sabor do mercado provocaram a maior crise da história do capitalismo, em 1929, que teve como resposta o fechamento e a proteção da economia americana. Segundo Mota (1995), em resposta a essa crise orgânica do capital, gestam-se formas combinadas de liberalismo e de social-democracia com o objetivo de reconstruir o capitalismo.

A Segunda Guerra Mundial acontece nesse caldo de disputa por hegemonia político-econômico-cultural, tendo como resultado o Holocausto, uma das maiores atrocidades de violação dos direitos humanos da história contemporânea. O pós-guerra traz acordos e tratados para manter a paz. A ONU e seus mecanismos supranacionais são criados como forma de pactuação e mediação dos conflitos mundiais; e instituições financeiras multinacionais — Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial (BM) —, para controlar as disputas econômicas e de mercado. O modelo liberal é seriamente criticado, pois mostrou-se, sobretudo com

a Segunda Guerra Mundial, incapaz de promover o desenvolvimento econômico harmônico e a paz que pregava. É assim que, no contexto do pós-guerra, assiste-se, na Europa, à implantação de um novo modelo de Estado, a social-democracia, baseada em duas premissas fundamentais: a garantia e ampliação de direitos sociais à classe trabalhadora e do pleno emprego como mecanismos fundamentais para o desenvolvimento.

A partir da década de 1970, o capitalismo aprofunda mudanças no processo de acumulação do capital, difundidas, nos anos 1980, sob o modelo de Estado neoliberal. Tal investida não acontece de forma homogênea. O processo visava suplantando o papel regulador do Estado no modelo de bem-estar que estava sendo implantado na Europa e, mais tardiamente, adotado por alguns países da América Latina, mas que não chegou a ser uma realidade no Brasil. Com a crise nos anos 1970/1980, o capitalismo buscou livrar-se das conquistas sociais consolidadas em um modelo de Estado provedor e avança na idéia de liberalismo de mercado.

No plano cultural, dissemina-se o individualismo liberal (a idéia de que as conquistas individuais e a competição geram o bem-estar coletivo¹) e, no plano político, a idéia do pensamento único — não há mais alternativas, chegou-se ao fim da história, e a única via possível é o modelo neoliberal. Esse avanço ideológico é agravado pela derrocada das experiências socialistas no Leste Europeu.

No período em questão, a América Latina estava mergulhada em ditaduras, a exemplo do Chile (1973–1990) e do Brasil (1964–1984). Os movimentos sociais geram, nesse contexto, novas formas de luta pela democratização e por políticas sociais mais justas. No Brasil, organizou-se, a partir dos anos 1970, no âmbito do Movimento de Reforma Sanitária, um modelo de saúde pública atrelado a um sistema de seguridade social que se instalou com a Constituição Federal de 1988. O preceito da saúde como “direito de todos e dever do Estado” torna-se o eixo orientador do Sistema

1. *A visão de mundo individualista neoliberal influencia a postura diante de problemas sociais cada vez mais graves no novo estágio do capitalismo, como é o caso do desemprego, que passa a ser visto como problema individual dos/as desempregados/as por não terem alcançado níveis competitivos e qualificação necessários às exigências do mercado. Essa idéia, cada vez mais corriqueira, influencia, inclusive, as políticas públicas. Dessa maneira, se deslocam problemas gerados no coração da sociedade — na economia e na política — para as pessoas, que são, na verdade, as vítimas desses processos excludentes.*

Único de Saúde (SUS). O princípio de universalização contido nessa política

se deveu ao crescimento da consciência de cidadão, diante dos movimentos sociais ascendentes no Brasil após a segunda metade da década de 1970. Esses movimentos lutaram por medidas de proteção social na esfera da reprodução social, ou seja, se voltaram especialmente para a prestação de serviços de saúde à comunidade como todo (FLEURY, 1995:220).

Não obstante, esse processo, apesar de garantir direitos sociais, não removeu estruturas de desigualdade presentes, por exemplo, no financiamento, assim como no incentivo aos seguros privados de saúde. Ambos apontam contradições e limites da possibilidade de reformulação do sistema dentro do capitalismo (FLEURY, 1995:223). O que veremos, no transcorrer da década de 1980, é a disputa pela implantação do estabelecimento de políticas sociais no contexto de implantação dos processos de ajuste econômico aos quais são submetidos os países pobres, que se acirram nos anos 1990.

Chico de Oliveira (2004:70) se refere ao neoliberalismo como uma fortíssima erosão das instituições democráticas e republicanas, uma declaração de guerra aberta do capital contra a possibilidade da política. Segundo ele, “os Estados Nacionais transformaram-se em Estados de Exceção: todas as políticas públicas são políticas de exceção”. Assim, os executores dessa política alimentam superávits para responder aos acordos

**Nossa época
é, ao mesmo
tempo, um
período e
uma crise.
É nesta que
vislumbramos
o novo,
mesmo que
ainda não nos
autorize a
falar de um
novo período.**

Milton Santos

com o FMI, assim como se submetem a acordos como o da Área de Livre Comércio das Américas (Alca) e no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC). Ainda segundo o autor, “impedidos de atuar nas políticas de desenvolvimento, resta aos Estados Nacionais da América Latina a administração das políticas de funcionalização da pobreza”.

De acordo com Behring (2003:20), o discurso oficial é apoiado na idéia básica de que “o que se faz no presente é a construção das bases para um futuro de prosperidade e justiça social no Brasil”. Essa construção histórica sedimenta um projeto político, como afirma a autora, “com benefícios limitados quanto ao acesso dos ‘de baixo’ e mantendo uma relação de subordinação com as potências hegemônicas no mercado mundial.” Behring caracteriza o Brasil como um capitalismo dependente, marcado por uma economia conservadora que combina o moderno e o arcaico.

No Brasil, após se estabelecerem os marcos constitucionais de garantia dos direitos sociais no País, no plano da Constituição de 1988, chamada a “Constituição Cidadã”, o receituário neoliberal assume caráter avassalador ao ser implementado já no governo do presidente Fernando Collor de Melo (1989–1992), cuja principal premissa é justamente a não-intervenção do Estado na economia e a retração de seu papel como provedor dos direitos sociais. Esse processo ganha continuidade e se intensifica nos governos seguintes, em particular nos governos FHC (1994–2002), que levam a efeito o processo de Reforma do Estado na perspectiva da retração de seu papel como provedor dos direitos sociais, no que se destaca, por exemplo, a adoção de medidas como a privatização de serviços públicos.

[...] A crítica neoliberal da política social é centrada em oposição àqueles elementos da política social que implicam desmercantilização, solidariedade social e coletivismo. Essa crítica condena os direitos sociais, o universalismo, a dissociação entre benefícios e contribuição trabalhista, além da administração–produção pública de serviços; ou seja, os elementos que caracterizam principalmente o Estado de bem-estar “social-democrata”. Por isso, a aplicação de suas orientações implica destruir as instituições e concepções fundamentais do mesmo. No entanto, isso não ocorre no que diz respeito ao Estado de bem-estar liberal, que pode assimilar as orientações neoliberais, acentuando o domínio do mercado no campo social (Laurell, 2002: 164-5).

Assim, o período a que se segue a promulgação da Constituição Cidadã é terrivelmente árido a que as conquistas ali reconhecidas sejam efetivamente asseguradas pelo Estado. No campo da saúde, a universalização do acesso e a integralidade na atenção, princípios fundamentais defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária e consubstanciados na criação do Sistema Único de Saúde (regulamentado pela Lei nº 8.080/90), são obstaculizadas pelos princípios neoliberais vigentes, somados à histórica privatização da esfera pública, características do antigo modelo de saúde e que permanecem nos marcos das relações sociais capitalistas (Laurell, 2002).

O processo de ajuste estrutural imposto pelo Consenso de Washington, na década de 1980, preconizou um conjunto de medidas econômicas enfatizando reformas fiscais e cambiais, assim como privatizações, com o objetivo de preparar as estruturas dos países para a implantação do modelo de Estado neoliberal.

A aplicação desse modelo é orientada pela contraposição às funções do Estado como prestador de serviços públicos e prioriza o desenvolvimento econômico em detrimento da garantia de políticas sociais, subordinadas à dinâmica da acumulação de capital. Essas medidas são gestadas e orientadas sob a pressão das instituições financeiras multilaterais, como o Banco Mundial e o FMI², que orientam o processo de ajuste estrutural nos países do Terceiro Mundo.

As diretrizes do ajuste estrutural conformam as bases da Reforma do Estado instalada no Brasil nos anos 1990, por intermédio do Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare), que formulou o Plano Diretor da Reforma do Estado em setembro de 1995. Juntamente com outras medidas, o governo brasileiro promoveu a desregulamentação de mercados com abertura comercial, flexibilização fiscal e cambial. O plano de reforma incidiu sobre a mudança da legislação e deu origem a uma nova cultura gerencial. Com efeito, os serviços públicos passaram a ser os mais atingidos.

2. Em 1944, na Conferência de Bretton Woods, foi criado o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (Bird), conhecido como Banco Mundial (BM), como resultado de um acordo de cooperação e de negociação da dívida de guerra entre a Inglaterra e os Estados Unidos.

Paralelamente às medidas de ajuste estrutural criadas no sentido de efetivar as premissas neoliberais, outros mecanismos supranacionais estavam sendo implantados. Em 1994, em Marrakesh, como resultado da Reunião do Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio (Gatt), criado em 1947, foi constituída a Organização Mundial do Comércio (OMC), dando consequência aos compromissos assumidos na Rodada do Uruguay, iniciada em 1986³.

Sob a ideologia do livre-comércio, a OMC foi instalada em 1995. Sua principal característica é a administração e fiscalização de acordos mundiais e o estabelecimento de mecanismos de controle, como o de solução de controvérsias internacionais, mas sua abrangência tem se ampliado para as áreas de investimentos, serviços e propriedade intelectual⁴. Tal processo incidiu na mudança de legislação e adequação do Estado a estas novas regras: abertura de mercados, fim das barreiras alfandegárias e diminuição de taxaço sobre mercadorias e serviços, exceto propriedade intelectual, em que a regra é protecionista para os mercados industrializados.

Nesse sentido, a globalização econômica atua como ferramenta de manutenção de um modelo hegemônico que coloca mecanismos como os instituídos pela Organização Mundial do Comércio (OMC) no centro de regulação do comércio mundial, que, conjuntamente com as intervenções do Banco Mundial e do FMI, conforma acordos afinados com o contexto do Consenso de Washington, criando ambiente favorável para os Tratados de Livre Comércio (TLC) entre os países.

Na prática, os acordos no âmbito da OMC regem os tratados multilaterais de integração, como a Alca, o Tratado de Livre Comércio da América do Norte (Nafta), assim como estão presentes nos tratados bilaterais,

3. *O mecanismo de negociação do Gatt e posteriormente da OMC é através de “rodadas”, que são reuniões ministeriais apoiadas por comissões técnicas. Uma rodada só finaliza quando chega a um acordo sobre os pontos que foram colocados na mesa de negociação.*

4. *A criação da OMC amplia o poder de regular os acordos de comércio envolvendo, entre outros, o setor de serviços — Acordo Geral sobre Comércio e Serviços (Gats) —, propriedade intelectual — Tratado Relativo ao Direito de Propriedade Intelectual (Trips) — e investimentos — Acordo sobre Medidas de Investimentos relacionadas ao comércio (Trims) —, que não constavam no Gatt.*

como o que ocorre entre o Mercosul e a União Européia. São mecanismos de controle de comércio que mantêm um modelo de hegemonia econômica dos países desenvolvidos. Tais processos também são sustentados pelas instituições financeiras multilaterais, como o Banco Mundial e o FMI. A OMC mantém uma política econômica regulada pelos interesses privados, concentradora de riqueza, atingindo desigualmente os que já são desiguais, aumentando a pobreza e diminuindo o acesso a bens públicos.

É o avanço do capitalismo e a decadência do “estatismo”, ou seja, o intenso processo de internacionalização dos mercados, dos sistemas produtivos e da tendência à unificação monetária e financeira. Perda considerável da autonomia dos Estados Nacionais, reduzindo o espaço e a eficiência de suas políticas econômicas e demonstrando a precarização de suas políticas sociais. [...] Trata-se de uma crise global de um modelo social de acumulação, cujas tentativas de resolução têm produzido transformações estruturais que dão lugar a um modelo diferente — denominado de neoliberalismo (informalidade no trabalho, desemprego, subemprego, desproteção trabalhista, uma “nova” pobreza). O pobre passa a ser uma nova “categoria classificatória”, alvo de políticas focalizadas (Tavares, 2002).

Dados da UNAIDS, na XVI Conferência Mundial de Aids, em Toronto, revelam que 39 milhões de pessoas vivem com Aids no mundo. São 4,1 milhões de novas infecções pelo HIV em 2005.

Nos países subdesenvolvidos, 1,6 milhões (24%) de pessoas, recebem medicamentos anti-retrovirais (ARV) contra a Aids. No

Brasil, cerca de 600 mil pessoas vivem com Aids e todas que precisam têm acesso universal a medicamentos ARV. Atualmente 86 vacinas são testadas em seres humanos.

A OMC, ao endurecer as regras de mercado, fazendo retroceder direitos sociais, traz reflexos imediatos para a Organização Mundial da Saúde (OMS), que orienta as políticas globais de saúde. São organismos de uma mesma estrutura, com subsistemas que trabalham atrelados, colocando em risco acordos de promoção dos Direitos Humanos pactuados na ONU⁵ no Ciclo de Conferências dos anos 1990, com relevo para Conferência Mundial dos Direitos Humanos (Viena/1993), para a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo/1994) e para a Conferência Mundial das Mulheres (Beijing/1995), que trouxeram ganhos relevantes para os direitos das mulheres.

Essa dinâmica constitui processos que ocorrem em um mesmo período histórico e mantêm coerência de atuação entre si. Nessa lógica de mercado, as multinacionais são supranacionais, sem controle dos Estados. Sendo assim, são movimentações que ameaçam a soberania nacional. No caso brasileiro, a liberalização dos serviços públicos na área da saúde ameaça também os princípios constitucionais. As repercussões da Reforma de Estado, no que se refere ao preceito fundante do SUS, e os fundamentos neoliberais existentes na criação da OMC trouxeram implicações para a consolidação dos princípios estruturantes da política de saúde pública adotada no Brasil.

Diante do que apontamos, é necessário analisar até que ponto a política nacional de controle do HIV/Aids sofre impactos dos acordos no âmbito da Organização Mundial do Comércio. O Programa Nacional de DST/Aids é fundado com base nos princípios do SUS, apesar de ter suas ações financiadas nas últimas duas décadas, em parte com recursos do Banco Mundial, mantendo, assim, o fornecimento universal de medicamentos e preservativos. No entanto, esse programa sofre ameaças constantes de sustentabilidade, diante da crescente necessidade de recursos para compra de medicamentos para Aids. A política de distribuição universal, que é bem-sucedida, contudo, vive em permanente ameaça por

5. A ONU é criada no início dos anos 1940, no pós-guerra, com a responsabilidade de manejar politicamente os futuros conflitos mundiais.

conta do acordo Trips, no que diz respeito à legislação sobre patentes dos anti-retrovirais (ARV).

Na Rodada do Desenvolvimento, em Doha, realizada em 2001, a OMC pactuou que, em caso de grandes crises na saúde pública por conta de epidemias como a Aids, poderiam ser quebradas patentes de medicamentos — países em desenvolvimento produziriam medicamentos de fórmulas registradas por outros países. No entanto, os países produtores de genéricos sofrem severas influências dos laboratórios privados e ameaças de retaliação por parte de governos como o dos Estados Unidos. Ou seja, um direito essencial de acesso a medicamentos virou moeda de um jogo de interesses comerciais e políticos.

A última década é marcada por avanços e retrocessos. No início dos anos 1990, o Brasil já se colocava na ponta por fornecer acesso ao AZT. Quando o Trips é assinado, em 1995, prematuramente o Brasil faz a Lei de Patentes (Lei nº 9.279/96), legislando de acordo com os interesses do Trips e do grande capital. A Lei Sarney, no entanto, garante acesso universal aos anti-retrovirais, e a Lei 9.787/99 cria a Lei dos Genéricos

Direitos de Propriedade Intelectual (DPI)

São direitos que os indivíduos têm sobre suas criações, seus trabalhos e suas produções desenvolvidos com base em uma atividade intelectual, em seu talento e sua habilidade. Podem ser divididos nas áreas de Direito do Autor e de Direito de Propriedade Industrial. Este último refere-se aos direitos relacionados às atividades industriais ou comerciais, sendo, ainda, subdividido em patentes de invenção, modelos de utilidades, modelos e desenhos industriais, indicações geográficas, topografias de circuitos integrados e repressão da concorrência desleal.

Patente

Pode ser definida como um título de propriedade concedido pelo Estado, que assegura, ao seu titular, exclusividade temporária para a exploração de uma determinada invenção. Ou seja, depois que o tempo de patente se encerra, a invenção protegida cai no domínio público e todos passam a poder explorá-la. A contrapartida dessa concessão feita pelo Estado é que todo o conhecimento envolvido no desenvolvimento e na produção da invenção deverá ser revelado para a sociedade. Trata-se, em princípio, de uma relação de troca. Segundo o Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (Trips), a proteção patentária é de vinte anos. Esse acordo até prevê alternativas para a promoção de medicamentos genéricos antes do fim da patente, mas o processo é bastante difícil, e, enquanto isso, muitas pessoas poderão ficar desprovidas de seus tratamentos.

CHAVES, Gabriela Costa. Patentes Farmacêuticas: por que dificultam o acesso a medicamentos? Org.: Renata Reis ... et al.; RJ. ABIA. 2006.

e a anuência prévia da Anvisa, que possibilita o fornecimento universal dos medicamentos. Na 52ª Assembléia da OMS, o acesso a medicamentos passa a ser tratado como direito humano, influenciando o Decreto de Lei nº 2.301/99, que definiu, em casos de interesse nacional, prover licença compulsória. O acesso a remédios é considerado um direito humano, acordado na Sessão Especial da Assembléia Geral da ONU (Ungass) sobre a Aids, em 2001, e na Declaração de Doha, no artigo 6º. Apesar de todo esse processo, as patentes de ARV continuam protegidas, e a manutenção do acesso a medicamentos continua ameaçada no Brasil.

Esse contexto revela a complexidade de um período e a disputa para o avanço da democracia no sentido de ampliação de direitos conquistados, em marcos de solidariedade e de transformações sociais, que enfrentem a ganância e os ímpetos capitalistas que aprofundam desigualdades e aniquilam vidas.

Referência Bibliográfica

- TAVARES, Laura. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. n. 78. Rio de Janeiro: Cortez, 2002.
- HOUTART, F & POLET, F. (Coord.). **O Outro Davos. Mundialização de Resistências e de lutas**. Rio de Janeiro: Cortez, 2002.
- SANTOS, Milton. **Por uma outra Globalização. Do pensamento único a consciência universal**. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- HOBSBAWM, Eric. **O Novo Século, Entrevista a Antônio Polito**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.
- BEHRING, Elaine Rosseti. **Brasil em Contra-Reforma. Desestruturação do Estado e Perda de Direitos**. São Paulo: Cortez, 2003.
- FLEURY, Sônia. Políticas Sociais e Cidadania na América Latina. In CANESQUI, Ana Maria (org). **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: HUCITEC / ABRASCO, 1995.
- COUTINHO, Carlos Nelson. **Contra a Corrente. Ensaio sobre Democracia e Socialismo**. São Paulo: Cortez, 2000.
- _____. **Marxismo e política. A dualidade de poderes e outros ensaios**. São Paulo: Cortez, 1996.
- JAKOBSEN, Kjeld. **Comércio Internacional e Desenvolvimento. Do Gatt à OMC: Discurso e prática**. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2005.

- LAURELL, Ana Cristina (org.). **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 2002.
- MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da Crise e Seguridade Social. Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez, 1995.
- OLIVEIRA, Francisco de. PAOLI, Maria Célia. **Os Sentidos da Democracia Políticas do Dissenso e Hegemonia Global**. Rio de Janeiro: FAPESP /Vozes, 1999.
- WOOD, Ellen Miksins. **Democracia contra capitalismo. A Renovação do materialismo histórico**. São Paulo. Boitempo, 2003.
- SOUZA SANTOS, Boaventura (org.). **A Globalização e as Ciências Sociais**. São Paulo: Cortez, 2002.
- BOBBIO, Norberto. **Direita e Esquerda, razões e significados de uma distinção política**. São Paulo: UNESP, 1994.
- ALVAREZ, Sonia, DAGNINO, Evelina, ESCOBAR, Artur. **Cultura Política nos Movimentos Sociais na América Latina**. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2000.
- GOHN, Maria da Glória (org.). **Movimentos Sociais início do séc. XXI**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- SILVEIRA, Maria Laura (org.). **Continente em Chamas, globalização e território na América Latina**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.
- FURTADO, Celso. **O Longo Amanhecer, reflexões sobre a formação do Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.
- SALAMA, Pierre, DESTREMAU, Blandine. **O Tamanho da Pobreza, economia política da distribuição de renda**. Rio de Janeiro: Ed. Garamond Universitária, 1999.



Uma breve contextualização sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)

Solange Rocha

Jornalista, Mestranda em Serviço Social pela UFPE – Universidade Federal de Pernambuco, Educadora e Coordenadora de Programas do SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia.

Verônica Ferreira

Graduada em Serviço Social e Mestra em Políticas Públicas e Sociedade pela UECE – Universidade Estadual do Ceará, Educadora e Pesquisadora do SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia.

O Brasil rompe, nos anos 1970/1980, com a lógica privatista, corporativa e assistencialista, ao construir o Sistema Único de Saúde (SUS), instituindo-o como política de saúde em 1988. Mesmo que tardiamente, o SUS representou uma mudança radical ao instituir a universalidade do acesso como seu princípio fundamental, princípio que perdura em sua filosofia. O SUS, com princípios de universalização, integralidade, descentralização e participação social, passa a ser uma política de resistência, navegando na contracorrente do projeto hegemônico da economia de mercado. Entretanto, a reforma neoliberal dos anos 1990 regulamentou e limitou a implantação do acesso a esse direito, na medida em que a instalação do estado mínimo tipificou o que era carreira estrita do Estado - saúde e educação foram classificadas como não sendo essencialmente estatais, abrindo caminhos a convênios e parcerias com o setor privado para prover esses serviços.

O SUS é impactado pelo neoliberalismo, desde a redução do financiamento, na década de 1990, até a fragmentação do tripé da seguridade social - saúde, previdência e assistência social. Nessa perspectiva, a crise financeira atribuída ao setor saúde é, na verdade, um problema de aplicação dos recursos, já que o Brasil tem recorrente superávit. Por outro lado, cresce o “pseudo-setor público”, chamado de *convênido*, ao mesmo tempo em que crescem os planos privados de saúde.

As Normas Operacionais Básicas (NOBs), instituídas em 1993 e atualizadas em 1996, tinham o objetivo de regular a implantação descentralizada do SUS. Porém, a descentralização, como princípio, foi instalada repassando responsabilidades sem desconcentrar recursos, trazendo obstáculos para alcançar a complexidade da saúde pública com sua diversidade e heterogeneidade. A rede básica passa a ser redesenhada no modelo mínimo, no qual o *Programa Saúde da Família* (PSF) responde pela demanda das necessidades de saúde, sem a retaguarda instituída para resolver, na perspectiva da integralidade, os problemas de saúde da população, comprometendo, assim, o conjunto da política.

O estudo realizado por Viana e Gerschman (2005) aponta tendências e limites do processo de descentralização da política de saúde no Brasil, no qual a estratégia de descentralização, induzida pela Norma Operacional Básica nº 96, ofereceu melhorias nas condições institucionais, no entanto não alterou os padrões de desigualdade existentes na distribuição de recursos para os municípios carentes.

A principal direção das reformas do Estado caminha para a transformação das políticas universalistas e redistributivas em políticas focalizadas, destinadas aos segmentos mais vulneráveis dentro dos vulneráveis. Os pacotes de serviços de saúde ou programas com caráter focalizado em aspectos restritos da saúde pública são privilegiados.

Nesse enfoque, a “atenção básica” em saúde é definida como a prioridade do Governo — tanto no Brasil como em outros países em desenvolvimento —, enquanto os processos mais complexos, necessários à integralidade na atenção, são reduzidos no âmbito público e transferidos substancialmente para os setores privados. O processo de mercadorização dos serviços de saúde no Brasil remonta ao pós-74 e mantém-se durante a formulação do SUS, não obstante a poderosa correlação de forças sociais estabelecidas nesse momento histórico. O “convívio” em caráter complementar entre sistema público e sistema privado estabeleceu, em verdade, uma segregação do SUS, o que é uma das conseqüências mais contraditórias do novo sistema de saúde brasileiro: a separação entre o sistema de saúde dos pobres e o sistema de saúde das classes média e alta.

Se a política de saúde encontra esse terreno difícil e mesmo contrário ao que prevê, aquela voltada às mulheres, em particular para as mulheres que vivem com Aids, também não poderia deixar de enfrentar essas novas interdições estruturais. As novas determinações na macroeconomia, a exemplo do processo de reestruturação produtiva, incidem sobre todos os campos das políticas públicas, em particular sobre os direitos das mulheres, que, historicamente, tiveram, nos serviços e nas políticas de saúde, uma das principais esferas das desigualdades nas relações de gênero, tendo em vista uma histórica restrição no atendimento às suas necessidades de saúde¹.

1. Até o início dos anos 1980, quando se formula o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism), a concepção de saúde da mulher estava restrita ao que então se denominava saúde materno-infantil, que restringia as necessidades de saúde das mulheres à gravidez, ao parto e ao puerpério. O Paism, entretanto, devido a fatores de distintas ordens, ainda não se implementou plenamente, e a ampliação da concepção e de práticas voltadas para a saúde da mulher, em uma perspectiva integral e baseada em uma concepção sócio-histórica dos processos saúde-doença, ainda é um desafio para a política de saúde (cf. Ávila, Correa e Xavier, 1994).

As relações de gênero e as políticas de saúde, nesse contexto de programas de ajuste estrutural, atingem sobremaneira as mulheres. Como aponta o estudo *El género y la reforma del sector salud*, de Hilary Standing, realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), e pelo Havard Center for Population and Development Studies (2000), as mulheres são atingidas desigualmente pelas políticas de saúde e, no caso, pela restrição de serviços. Em primeiro lugar, sendo os sujeitos historicamente responsabilizados pela reprodução social, implica que qualquer deteriorização da provisão de serviços de saúde reprodutiva e na prestação de serviços atinge principalmente a elas, uma vez que são as mulheres, sobretudo as pobres, que carregam o peso do trabalho reprodutivo, do cuidado com as crianças, familiares e cuidados com qualquer membro doente da família. Em segundo lugar, as reduções de gastos do setor saúde têm um efeito devastador na economia informal administrada pelas mulheres, como, por exemplo, sobre o custo com a mobilidade (transporte, alimentação) para ter acesso a serviços de saúde, compras de medicamentos, etc.

Vale ressaltar, sobretudo — além dos impactos nas condições de acesso das mulheres aos serviços para cuidar da saúde de familiares, isto é, no desempenho do trabalho reprodutivo —, as dificuldades enfrentadas por elas no que se refere aos cuidados com sua própria saúde. No contexto da pandemia da Aids, essa questão se revela na maior morbimortalidade das mulheres. O que vem se mostrando (Almeida, 2004) é que um dos impactos das reformas do Estado nas políticas de saúde é a redução na oferta de serviços e, no caso do Brasil, na privatização de serviços de média complexidade. Assim, amplia-se a cobertura na atenção básica, mas persistem as dificuldades no acesso aos demais níveis de complexidade.

O SUS é uma grande estrutura fundada para garantir à população brasileira o acesso à saúde. A sua principal base de organização é a universalidade do direito à saúde, ou seja, o princípio de que a saúde no Brasil é um direito de todas as pessoas e cujo acesso deve ser garantido a todas elas portanto. Para garantir isso, existe o SUS, isto é, o SUS é pensado e implementado para cumprir essa tarefa.

Mas o SUS é, antes de tudo, uma conquista histórica do movimento por saúde pública no Brasil, principalmente daquele que se identifica como o Movimento de Reforma Sanitária, e de outros movimentos sociais, como os de mulheres, bairros, categorias organizadas e sindical, que atuaram muito fortemente nas décadas de 1970 e 1980, na luta pelos direitos sociais

e pela redemocratização do Brasil. Essa luta por direitos culminou, no final dos anos 1980, na promulgação da Constituição de 1988 — a chamada “Constituição Cidadã”. Esses movimentos lutavam, principalmente, para que a saúde pública — que não se restringia meramente ao atendimento prestado pelos hospitais, mas significava um conjunto de ações que asse-

**“Sem ter uma
visão etapista
é preciso
construir
molduras
históricas ...
e discutir qual
o projeto de
mudanças que
queremos”**

Elaine/8 de Março – PB

gurassem qualidade de vida — fosse garantida a todas as pessoas e com a participação dessas pessoas a quem se destinavam. Por isso, a participação cidadã, ou a participação social, é um dos pilares do SUS, desde o seu início. Sem ela, o SUS não existiria. Sem ela, o SUS não pode se implementar plenamente.

A **saúde como direito** é uma das grandes expressões das conquistas sociais na Constituição de 1988, pela garantia de sua universalidade a todos/as os/as cidadãos/ãs do País e o atendimento nas redes de saúde pública deixa de ser atrelado à contribuição previdenciária — Inamps — para ser universal. Antes do SUS, a saúde como direito universal, de todos e todas, não existia. A população estava dividida entre trabalhadores/as com carteira assinada, que eram atendidos pelo Inamps; a população pobre, atendida como indigente pelos Estados, municípios e, principalmente, pelas instituições filantrópicas (como as Santas Casas

de Misericórdia); e a população que pagava por planos de saúde ou diretamente pelos serviços de que precisava em clínicas privadas. Havia também os serviços de saúde próprios de algumas categorias de servidores do Governo, como, por exemplo, os hospitais militares, que existem até

hoje, e os de categorias profissionais, como bancários, comerciários, etc., que não ofereciam tudo. Vale lembrar que, nessa época, a saúde era uma das principais moedas eleitoreiras — laqueaduras, exames, consultas, remédios eram trocados por votos durante as eleições, principalmente nas áreas rurais.

A universalidade da saúde, a todos e todas, independentemente de contribuição e em todos os níveis da assistência (não apenas a assistência médico-hospitalar), isto é, na perspectiva da integralidade, foi a grande conquista da carta magna no que toca à saúde. Ela significou, também, a ruptura com o modelo autoritário, corporativista e verticalizado de saúde, com a supremacia do Governo Federal nas decisões sobre as ações de saúde e as imensas fraudes na venda de serviços ao Governo por instituições privadas e filantrópicas. Além disso, visa superar a perspectiva curativa de saúde por uma concepção em que a promoção da saúde e a prevenção ganham prioridade. Isso significa romper o modelo hospitalo-cêntrico e a concepção de saúde–doença como processo meramente biológico e instaurar uma nova compreensão desse processo como resultado de fatores sociais, econômicos e históricos, o que significa compreender a saúde como resultado da garantia ampla de direitos, com a ruptura com situações de desigualdade que estruturam a vida social e se expressam de diversas maneiras nas condições de vida das pessoas, incluindo-se, aí, a situação de saúde.

Para que o direito à saúde fosse instituído e ganhasse corpo nas políticas de saúde, era necessária a lei orgânica que o regulamentasse e estabelecesse os princípios e as estratégias orientadoras da política de saúde brasileira e o próprio modo de sua organização. Com essa finalidade, é publicada, em outubro de 1990, a Lei nº 8.080, a Lei Orgânica da Saúde, que institui o Sistema Único de Saúde. A lei, no seu Capítulo II – *Dos Princípios e Diretrizes*, art. 7º, estabelece entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência (integralidade)”. Enquanto a previdência social continua a ser contributiva, e a assistência, restrita e seletiva, porque destinada a determinados setores sociais, a saúde terá a universalidade no acesso como princípio fundamental. Ao lado da universalidade, estão a integralidade na assistência e a equidade na prestação dos serviços, como princípios fundamentais do novo sistema.

Princípios do SUS

Universalidade: a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. É um direito social, assegurado a todos/as os/as cidadãos/ãs, independentemente de contribuições.

Integralidade na assistência à saúde: atendimento integral às pessoas, ou seja, em todas as suas necessidades de assistência.

Eqüidade na prestação dos serviços: a política de saúde deve ser redistributiva, ou seja, considerar e corrigir as desigualdades.

Participação social: democracia participativa ou participação da comunidade na gestão da saúde, pelo exercício do controle social, através de instrumentos como os conselhos e as conferências.

Pouco depois, em dezembro de 1990, com a Lei nº 8.142, definem-se as bases para o exercício do controle social na estrutura do novo sistema, visando tornar realidade o princípio da participação social. Essa lei “dispõe sobre a participação social da comunidade na gestão do SUS, sobre a estrutura dos Conselhos e Conferências de Saúde e sobre a alocação de recursos financeiros na área de saúde” (Súmula RADIS, 2001). Ela complementa a Lei nº 8.080.

Para a implementação desses princípios, são traçadas algumas estratégias ou diretrizes de funcionamento do SUS. São elas:

Estratégias do SUS

A descentralização: consiste na repartição ou redistribuição dos recursos e responsabilidades entre União, estado e municípios.

A regionalização e hierarquização: distribuição espacial dos serviços de modo a dividir as responsabilidades de Estado e municípios e garantir o atendimento nos diferentes níveis de complexidade.

Essas estratégias, ainda que instituídas na Lei nº 8.080 e na nº 8.142, são melhor explicitadas nas Normas Operacionais Básicas, elaboradas posteriormente. Essas normas tratam da “operacionalização” do SUS, ou seja, do modo detalhado como deverá funcionar a organização do Sistema e a divisão de responsabilidades entre estados e municípios, os repasses de recursos financeiros, as pactuações e as colaborações, etc. Elas organizam e definem o funcionamento propriamente dito do SUS, isto é, o modo como os princípios e as estratégias irão se materializar no cotidiano dos estados, dos municípios, dos serviços e dos/as usuários/as do SUS. Por

isso, já passaram por várias mudanças — como veremos a seguir —, que representam as tentativas e os esforços de organizar o SUS, o que não é uma tarefa fácil, como todos/as sabemos por ser parte dessa construção.

As Normas Operacionais Básicas editadas ao longo da década de 1990 tinham como objetivos desencadear e orientar esse processo, especialmente a **gestão descentralizada do SUS**. No início da construção do SUS, a descentralização era percebida como uma estratégia fundamental para garantir a participação social da comunidade, princípio estruturante do SUS. Entretanto, com o avanço dos processos de reformas neoliberais do Estado, essa diretriz se mostra um instrumento fundamental da retração do Estado na garantia de direitos e torna-se o processo através do qual a privatização dos serviços, principalmente através dos convênios público-privados ou mesmo da ampliação da rede de serviços privados, tem acontecido no SUS. Este é um dos grandes desafios no debate e na defesa do SUS hoje.

E é nesse contexto que exercemos o chamado *controle social*. E o que vem a ser o controle social?

Baseado nas reflexões de Dantas e Rocha (2003), o controle social usado de forma mais específica corresponde à ação da sociedade civil quando está participando dos conselhos — que fazem parte da estrutura do governo, são constitucionais — paritariamente com representantes do governo, prestadores de serviço e trabalhadores da saúde. Outros espaços vão dos comitês gestores de unidades de saúde às comissões temáticas nacionais, desde que tenham como objetivo controlar políticas, ou seja, estão em espaços de participação em instâncias governamentais.

Todas essas formas de pressão e controle acontecem e continuam a se dar por iniciativa preponderante dos movimentos sociais e das entidades da sociedade civil organizada. O controle social seria o resultado da articulação e da negociação dos interesses fracionados e específicos de cada segmento, a favor dos interesses e direitos de cidadania do conjunto da sociedade. Ao ser exercido pelo conjunto das entidades e instituições da sociedade organizada, tende a ser o controle mais efetivo e legítimo a favor do conjunto da sociedade.

Controle social é aqui entendido como o controle sobre o Estado pelo conjunto da sociedade organizada em todos os segmentos sociais. Evidentemente, esse controle deve visar o benefício do conjunto da sociedade e deve ser permanente. Por isso, quanto mais os segmentos da sociedade se

mobilizarem e se organizarem, maior será a pressão para que seja efetivado o Estado Democrático e melhor o resultado.

A instituição de mecanismos do controle social no Brasil é resultado da luta da sociedade civil organizada, que, por meio de seus movimentos, de suas redes e da participação popular, definiu o modelo de atuação na formulação e no monitoramento das políticas públicas como fruto do reconhecimento dos direitos sociais dos/as cidadãos/ãs.

No campo da saúde, a legislação de criação do SUS — especificamente a Lei nº 8.142 de 1990 — confere, aos conselhos de saúde, as atribuições de atuar na formulação de estratégias e fiscalização sobre o controle da execução das políticas de saúde, associando suas atribuições com os gestores do Executivo — Ministério e Secretarias de Saúde — como também com o Legislativo e o Judiciário.

A estrutura para o exercício formal do controle social se dá através dos conselhos e das comissões e dos grupos de trabalho que dele se originam. Essa estrutura é integrada, legalmente, ao Poder Executivo, tendo caráter deliberativo e, em algumas instâncias, consultivo sobre as políticas e ações a serem implantadas. O maior espaço de pactuação de prioridades e de proposição são as Conferências de Saúde.

Outro espaço de pactuação é a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) — composta dos secretários estaduais e do Ministério da Saúde —, a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) — composta dos secretários municipais e estaduais e do Ministério da Saúde — e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conasems), no qual se pactua o processo de descentralização do SUS.

Controle social das políticas de controle da epidemia da Aids no Brasil

É certo que o controle social sobre as políticas do programa de controle da epidemia da Aids no Brasil foi criado e executado, a partir dos anos 1990, quase que apartado do SUS, que também estava sendo construído. Essa forma de atuação se deve ao fato do *Programa Nacional de DST/Aids* ter sido executado inicialmente com financiamento específico do Banco Mundial, centralizando as ações no nível federal, com um programa verticalizado e no qual os programas municipais e estaduais foram executados, em grande medida, com recursos federais através de Planos Opera-

cionais Anuais (POAs). A contrapartida brasileira cobria, em boa parte, a assistência hospitalar e o acesso aos medicamentos que estavam sendo disponibilizados nos serviços de referência (Dantas e Rocha/2003).

Ao longo de sua história, a Coordenação Nacional de DST/Aids criou uma estrutura de controle social com comissões e comitês consultivos e de discussão, articulando sociedade civil, gestores de saúde e universidades, o que, por um lado, tornou a implantação do Programa Nacional um processo mais democrático; por outro, por não ter clareza do papel dos representantes que ocupam esses espaços e por não entender o sentido dos próprios espaços criados, o exercício do controle social torna-se muito tenso.

Nesse sentido, Boaventura dos Santos, em conferência no *Fórum Social Mundial 2003*, faz a seguinte reflexão:

“os movimentos sociais e as associações têm de ser autônomos, não podem ser atrelados aos partidos e governos, porque assim não teríamos uma democracia participativa, teríamos uma farsa. A relação de complementaridade, e não de condicionamento, resulta sempre na confrontação, nem sempre é pacífica, no entanto, sempre será mais democrática”.

Hoje, o movimento de luta contra Aids aprofunda e problematiza o entendimento sobre esses espaços de participação que foram constituídos em âmbito nacional, em particular as instâncias: Comissão Nacional de Aids (Cn aids), Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (Cams), comitês e GTs temáticos, relacionadas à Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde e sua frágil relação com os Conselhos de Saúde.

Essas comissões criadas pelos governos por vezes são respostas às demandas da sociedade civil organizada, por vezes são criadas para resolver demandas internas das gestões e dos acordos e negociações internacionais ou de uma própria necessidade do governo de ampliar seus espaços de participação. A Cn aids, Cams e as demais comissões, são fruto dessas necessidades e são processos em construção, daí a pertinência de respondermos questões que estão colocadas para o movimento. Essa questão seria, então, o que define um espaço de controle social? Essas comissões têm papéis claros ou estão sobrepostas como instâncias consultivas? São

comissões que se comunicam e têm suas decisões efetivadas? Os gestores respeitam as decisões tomadas? Os temas e as pautas trazidas para essas instâncias são realmente as principais questões que estão baseando as políticas públicas para o enfrentamento da epidemia da Aids? Ou são outras perguntas que precisam ser respondidas?

Muitos são os desafios. Muitas forças e concepções jogam em torno do SUS. A universalidade e a integralidade, bem como o caráter público da assistência, contra a lógica privatista e médico-hospitalar são questões importantes. O pleno funcionamento do Sistema com participação social, isto é, a consolidação do SUS, requer de todos/as nós muita atenção a esses desafios, muita clareza sobre o SUS que queremos e o modo de construí-lo. No contexto de ajuste estrutural, a luta em defesa do SUS e, mais amplamente, da política de Seguridade Social nos desafia a todos e todas que colocam como tarefa para si, garantir e ampliar os direitos sociais como uma via para a transformação social!

Referência Bibliográfica

- DANTAS, Silvia. ROCHA, Solange. **Documento de tendências para subsidiar o Projeto: Igualdade de Gênero na promoção da Segurança Humana no Contexto do HIV e Aids**. Minas Gerais: UNIFEM/ Rede Feminista de Saúde/SOS Corpo/Gestos, 2003. Mimeo.
- FLEURY, Sônia. Políticas Sociais e Cidadania na América Latina. In: CANESQUI, Ana Maria (org.). **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo, 1995.
- ROCHA, Solange; FERREIRA, Verônica. Reformas do Estado e Seguridade Social: o caso da Saúde. In: VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone (orgs.). **Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: Brasília: ABRASCO; UNFPA, 2005. p. 63-70.
- SALAZAR, Andrea et al. (orgs.). **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. São Paulo: IDEC, 2003.
- TAVARES, Laura. **Os Custos Sociais do Ajuste Neoliberal na América Latina**. n. 78. Rio de Janeiro: Cortez, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatórios da XI e XII Conferências Nacionais de Saúde**. Brasília, 2001 e 2004.





Monitoramento da Ungass/Aids: desafios num contexto de desenvolvimento

Alessandra Nilo

Jornalista Co-fundadora e atual Coordenadora Geral da Gestos – Soropositividade, Comunicação e Gênero. É membro do Steering Committee Ungass/2006 e do Comitê Executivo da Laccaso (Conselho Latino Americano e Caribenho de ONG com Serviços em Aids - www.laccaso.org)

Refletir sobre a Organização das Nações Unidas torna oportuna uma pequena introdução à história da relação entre os países¹. Este texto não pretende aprofundar o tema, apenas pontuar as discussões realizadas na oficina², com o objetivo de tornar mais claro o cenário no qual a Declaração de Compromissos sobre Aids foi aprovada pela ONU, em 2001.

As disputas pelos bens materiais (alimento, território) e pelos bens simbólicos (cultura, religião) sempre estiveram presentes e permearam a História. Elas continuam hoje a caracterizar as relações entre os hemisférios Norte e Sul, entre países ricos e pobres, ocupando a agenda das organizações globais — multilaterais e intergovernamentais. Paz e guerra pautaram, portanto, o diálogo entre nações³ em todos os séculos, e, sobre esse tema, concentraram-se muitas das análises no campo das Relações Internacionais⁴, disciplina resultante, principalmente, dos pensamentos construídos nos campos jurídico, histórico e filosófico.

Em *O Príncipe*, por exemplo, Maquiavel sedimenta bases importantes do pensamento ocidental sobre paz e guerra, discorrendo sobre o processo de consolidação do Estado moderno, que nasce no momento em que a ordem feudal se torna frágil⁵. Duas marcas que caracterizam essa transição são, de um lado, a desvinculação entre ética e política, que opera *O Príncipe*, e, de outro, a doutrina da soberania desenvolvida por Bodin⁶, a qual, basicamente, afirmava que o chefe de Estado tem o poder absoluto

1. Essa relação ganhou status como disciplina acadêmica, denominada Relações Internacionais, a partir da Primeira Guerra Mundial.

2. Oficina elaborada a convite do SOS Corpo/Grab como módulo do projeto Articulando o Ativismo em Aids no Nordeste.

3. Povos, etnias e outras configurações sociais.

4. Algumas escolas questionam se a natureza fundamental das Relações Internacionais não está na dialética conflito-cooperação entre Estados. Os universalistas, por exemplo, afirmam que essa relação concentra-se nos vínculos transnacionais que ligam os seres humanos individuais, que são, por circunstâncias, cidadãos de um ou outro Estado. C. F. Bull – Sociedade Anárquica.

5. A tirania dominava nos pequenos principados da Itália (século XVI) governados por casas reinantes, sem tradição dinástica ou de direitos contestáveis, cuja ilegitimidade gerava crises permanentes; Carlos Estevan Martins – Os pensadores.

6. BODIN, Jean. *A República*, 1576.

de fazer leis sem estar sujeito a elas nem às de seus predecessores, porque “não pode dar ordens a si mesmo”.

Certamente muitos teóricos/as e obras precisariam ser citados, pelas reflexões fundamentais que sobreviveram ao seu tempo e continuam sendo referência para uma melhor compreensão do mundo. Durante nossa oficina, entretanto, nos concentramos em pontuar apenas alguns deles, construindo um roteiro histórico que nos permitiu avançar para a organização dos países mais próxima ao formato que conhecemos hoje e para o debate da governança mundial, que, desde o século XVIII, era compreendida como um conjunto de princípios, normas e práticas mais ou menos institucionalizadas que asseguravam a reprodução relativamente pacífica da ordem capitalista⁷. Esse debate ganhou espaço central nos séculos XIX e XX, aprofundando as relações entre reis e líderes, impérios religiosos e familiares e suas alianças políticas, que evoluíram para uma estrutura de países-estados soberanos, que possuem hoje — no ápice de um processo global de integração/desintegração de nações e culturas — uma necessidade cada vez maior de diálogo.

A questão colocada para o grupo foi: *Como criar projetos coletivos e pautas comuns no exercício do poder e promover a discussão sobre desenvolvimento, equilíbrio geopolítico-ecológico e social do planeta?* A resposta não é simples nem única. Mas houve consenso de que respondê-la exige redimensionar, e muito, a relação de forças e a capacidade de barganha instalada no centro das disputas políticas e econômicas do planeta. Como marco lógico, relembramos a concepção européia de balança do poder⁸, fixada entre os séculos XVIII e XIX, na Europa. A proposta não foi aprofundar tal conceito, que tem mais de oito diferentes interpretações, mas usar a representação simbólica da “balança” para ilustrar como os interesses políticos e econômicos, aliados à capacidade militar, determinam a tomada de decisões entre os países, superando a lógica do bom senso, da

7. C. Murphy. *Organização Internacional e mudanças industriais. Governança Global desde 1850*. Cambridge: Polity Press, 1994.

8. Em *Sociedade Anárquica*, C. F. Bull descreve três funções: a de evitar o império universal, proteger a independência dos Estados e permitir que a diplomacia e os direitos internacionais operem. “Espera-se não que o equilíbrio seja sempre mantido, mas que, depois de quebrado, ele seja alcançado.” K. Waltz – *Teoria das Políticas Internacionais*.

ética, da justiça e das demandas sociais. A discussão gerou outra pergunta para o grupo: *O poder é mesmo o único mecanismo que contém o poder?*⁹

Discutimos, também, sobre os Tratados de Arbitragem, instrumento usado no século XIX para solucionar racionalmente os conflitos da época. Esse exemplo foi interessante para enfatizar que a existência de instrumentos nunca foi suficiente para garantir uma boa relação entre países, assim como a existência da lei, por si só, não tem sido suficiente para garantir sua aplicação. A Liga das Nações — instituída pelo Tratado de Versalhes (França, 1919) após a Primeira Guerra Mundial — que tinha por missão promover a cooperação internacional, a paz e a segurança, não conseguiu evitar a Segunda Guerra Mundial. Detalhe: os EUA se consolidavam como potência da época e recusaram-se a se incorporar à Liga.

A partir de 1945, as relações tornaram-se mais delicadas, pressionadas pela alta capacidade de destruição maciça das armas atômicas. A explosão das bombas em Hiroxima e Nagasaki colocou o mundo diante de uma perigosa polarização de poderes. Mesmo assim, continuou-se insistindo no estabelecimento de instâncias e mecanismos supranacionais: com o fracasso da Liga das Nações,

**“Nós nos
submetemos à
idéia imposta
pelo Estado
capitalista de
que as questões
de lucro
estão acima
das questões
de vida - o
individual se
sobrepondo ao
coletivo”**

Moisés/RNP – BA

9. Gelson, Fonseca Jr. *A legitimidade e outras questões internacionais*.

Estrutura das Nações Unidas

Atualmente, a ONU encontra-se num processo de discussão sobre uma reforma interna. Este foi o formato de sua criação: Secretariado (órgão administrativo chefiado pelo secretário-geral, com mandato de cinco anos); Assembléia-Geral (fórum de debate anual no qual todos os países-membros têm direito a voto e debatem o orçamento da ONU e questões internacionais); Conselho de Segurança (tem quinze membros — cinco permanentes e com poder de veto e dez rotativos com mandato de dois anos. Determina ações em prol da paz e da segurança internacionais); Conselho Econômico e Social (Ecosoc) (produz estudos, relatórios e conferências sobre temas internacionais de caráter econômico, social, cultural e educacional); e Corte Internacional de Justiça (CIJ) (principal órgão judiciário da ONU. Sediado em Haia, Holanda, tem quinze juízes internacionais, com mandato de nove anos).

foi criada em São Francisco (EUA) a Organização das Nações Unidas, com a adesão de 51 países. Esperava-se que temas como *segurança*, *desenvolvimento*, *Direitos Humanos* e *comércio* teriam, finalmente, seu espaço de diálogo (ver boxe).

Assim, após vivenciar as duas grandes guerras e mobilizar recursos (públicos) para aumentar riquezas concentradas e privadas, o mundo viu consolidada a fórmula para escoamento da indústria bélica, que hoje continua alimentando os conflitos que interessam às grandes potências — como no Oriente Médio, espaço de permanente disputa por petróleo e pela melhor definição do Deus monoteísta. Muitas nações seguem investindo na cultura da guerra como resposta aos conflitos (e como solução social), num cenário de acirramento dos fundamentalismos onde, cada vez mais, “matar e morrer de sede, de raiva ou de fome são coisas naturais”¹⁰.

Paradigmas do Desenvolvimento e Ungass/Aids

Paralelamente ao processo governamental, os agrupamentos ou as organizações da sociedade civil também estavam agindo para fortalecer valores democráticos de equidade e justiça social. Claro, tais conceitos variam de acordo com a época e com o perfil desses grupos, mas, de fato, iniciativas individuais e coletivas vinham sendo fortalecidas ao longo da História. Optamos por fazer um recorte a

10. Caetano Veloso – *Podres Poderes*, 1991.

partir da década de 1970, período no qual, enquanto o HIV se disseminava silenciosamente, em muitos países se consolidavam movimentos que clamavam por alternativas ao paradigma de desenvolvimento vigente no sistema capitalista, buscando um modelo que refletisse demandas locais e melhorias sociais. Isso era exatamente o oposto do que os países em desenvolvimento faziam, priorizando um modelo no qual os governantes estabeleciam verticalmente prioridades uniformizadas e descoladas das reais necessidades nacionais, sob forte “influência” dos países ricos.

Tal conjuntura era também fruto das concepções sobre desenvolvimento econômico (anos 1950 e 1960), período em que muitos países vivenciavam processos de descolonização e no qual estava em moda a Teoria da Modernização, para a qual convergiram inúmeros autores¹¹, que legitimava a idéia de que se supera o subdesenvolvimento a partir de uma passagem “linear” da sociedade tradicional para a sociedade moderna, a primeira concentrando todos os defeitos; a segunda, todas as vantagens. A modernização, por sua vez, era compreendida como um tipo de mudança social na qual as *inovações* aumentariam a renda *per capita* e a qualidade de vida mediante novos métodos de produção. Nos anos 1960 e 1970, agências americanas como a Usaid (governamental) realizaram ações de “difusão de inovações”, apoiadas pelos meios de comunicação. Os resultados da adoção das “inovações” contraceptivas, por exemplo, trouxeram graves conseqüências, causando a esterilização de muitas mulheres no Brasil e em toda a América Latina.

Nos anos 1970, discutiu-se bastante, no campo internacional, sobre o custo humano desse desenvolvimento, com ênfase no combate à pobreza. O Banco Mundial, em tese, deveria atender às necessidades humanas básicas, diante do fato de que, como as “instituições governamentais eram fracas”, precisavam ser fortalecidas a partir de treinamentos. A desqualificação dos Estados e a propaganda de que seus serviços eram, inevitavelmente, ruins contribuíram para que a idéia de Estado de bem-estar social, tendo como pressuposto a redistribuição de recursos, fosse substituída pela proposta de “administração das ações do Estado”, na qual o saber técnico prevalecia. Dessa forma, cresceu o espaço para o desmantelamento das estruturas destinadas ao bem coletivo.

11. Schramm, 1964; Poll, 1963.

Nos anos 1980, explodiu a crise entre os países em desenvolvimento para cumprir com a agenda de pagamento das suas dívidas externas, referenciada pelos ajustes estruturais macroeconômicos e onde os créditos financeiros (empréstimos internacionais) eram vinculados às reformas estruturais que contribuíssem para o fortalecimento do neoliberalismo econômico, permitindo que o mercado se tornasse o grande “regulador” das economias nacionais. Assim, nos anos 1990, junto com o fracasso dos ajustes estruturais, explodiram os problemas sociais. O Estado estava reduzido, governos locais sem capacidades; as questões sociais agravaram-se diante da globalização, e o desenvolvimento sustentável tornou-se pauta ainda mais importante de disputa, ao mesmo tempo que ONGs nacionais e internacionais consolidavam-se numa arena que antes era de domínio dos Estados e dos organismos intergovernamentais (boxe II).

Foi nesse contexto, no qual era preciso dialogar internacionalmente para encontrar respostas para problemas sociais cada vez mais complexos, que a ONU iniciou o seu *Ciclo de Conferências Sociais* (boxe III). O

Organismos Intergovernamentais

- Organizações autônomas, vinculadas à ONU. Exemplos: Organização Internacional do Trabalho (OIT); Agricultura e Alimentação (FAO); Educação, Ciência e Cultura (Unesco); Infância e Juventude (Unicef); Saúde (OMS); Grupo do Banco Mundial — que inclui várias outras organizações, como o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (Bird); a Associação Internacional de Desenvolvimento (IDA), a Corporação Financeira Internacional (CFI), entre outros.
- A Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA) e a Organização Mundial do Comércio (OMC) prestam contas de suas atividades, anualmente, à Assembléia Geral e, quando necessário, ao Conselho de Segurança e ao Ecosoc.
- Há, também, o Fundo Monetário Internacional (FMI); a Organização Mundial da Propriedade Intelectual (Ompi); o Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola (Fida), etc. Para saber mais: www.un.org e www.unicrio.org.br

debate sobre Aids esteve presente em algumas das conferências, mas culminou em 2001 com a Sessão Especial da Assembléia Geral sobre Aids, hoje conhecida como Ungass/Aids.

Crise Mundial – Resposta Mundial

Após duas décadas de epidemia, o objetivo da Ungass foi “criar estratégias para diminuir os impactos sociais, culturais, econômicos e políticos da Aids, sobretudo nos países em desenvolvimento”. Entretanto, acordar compromissos no âmbito da ONU leva meses de negociações, pois é preciso haver consenso entre países. Em se tratando de Aids, alguns impasses estavam colocados. O primeiro deles era a dificuldade de explicitar na Assembléia os grupos em maior situação de vulnerabilidade — profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e usuários/as de drogas injetáveis. O bloco opositor era liderado por países fundamentalistas, islâmicos, asiáticos e por parte da África.

A segunda questão eram as referências específicas aos Direitos Humanos, que foram estruturantes, por exemplo, para a defesa do acesso à terapia anti-retroviral. Sob forte *lobby* das indústrias farma-

Ciclo de Conferências da ONU

- Cúpula Mundial da Infância
Nova York, 1990.
- Cúpula da Terra – Conferência do Meio Ambiente e Desenvolvimento – Rio de Janeiro, 1992.
- Conferência Mundial de Direitos Humanos – Viena, 1993.
- Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – Cairo, 1994.
- Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento Sustentável dos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento – Barbados, 1994.
- Cúpula Mundial Sobre o Desenvolvimento Social – Copenhague, 1995.
- Conferência Mundial sobre a Mulher – Beijing, 1995.
- Conferência sobre os Assentamentos Humanos (Habitat II) – Istambul, 1996.
- Cúpula Mundial sobre a Alimentação – Roma, 1996.

Várias Conferências importantes foram realizadas, por exemplo:

- Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Social – México, 2000.
- Conferência sobre os Países Menos Desenvolvidos – Bruxelas, 2001.
- Conferência Contra o Racismo, Xenofobia, Discriminação Racial e Formas Correlatas de Intolerância – Durban, 2001.
- Assembléia Especial Sobre Aids/ Ungass – Nova York, 2001.
- Conferência Sobre Comércio de Desenvolvimento (Unctad) – São Paulo, 2004.
- Cúpula da Sociedade da Informação – Túnis, 2005.

cêuticas, esse bloco era liderado pelos EUA. Por fim, outro foco de pressão era para que, em vez de ser criado um Fundo Global para Combate à Aids, Tuberculose e Malária, fosse criado um fundo geral para combate à pobreza, defendido principalmente por países africanos. O Brasil se destacou, liderando um bloco intitulado *Grupo do Rio*¹², com participação ativa do Chile, da Venezuela e do México. Também fomos um dos poucos a incorporar a sociedade civil na delegação oficial, viabilizando, com apoio da Unaid, a participação de sete representações não-governamentais¹³.

Como resultado da Ungass/Aids, encontramos uma Declaração de Compromissos (DoC), com componentes estratégicos e metas específicas para 2003, 2005 e 2010, o reconhecimento de que a epidemia é uma emergência mundial e um desafio à vida e ao gozo efetivo dos Direitos Humanos, reforçando a relação contundente entre a garantia desses direitos e a redução das vulnerabilidades frente ao HIV. Ela reconhece que a expansão da doença compromete o desenvolvimento social e econômico mundial; que o estigma, o silêncio, a discriminação, a negação da realidade e a falta de confidencialidade aumentam o impacto do problema em todos os níveis.

Até 2001, os governos dos países pobres insistiam que só poderiam desenvolver ações de prevenção, corroborando com a lógica de dicotomia entre prevenção e assistência e com a idéia de impossibilidade de tratamento, usando como argumento os altos custos dos anti-retrovirais. A Ungass/Aids desconstruiu esse paradigma de que, diante da ausência de recursos, o país deve limitar suas ações à prevenção, referenciando o acesso ao tratamento no bojo dos Direitos Humanos e, por isso, também responsabilidade dos governos.

Entretanto, no que diz respeito às pessoas vivendo com Aids e às ONGs, o fato mais importante foi a afirmação da idéia, também em disputa no âmbito das Nações Unidas, de que os resultados não podem ser alcançados *apenas* pelos governos: a Ungass/Aids reconhece textualmente a importância do envolvimento da sociedade civil em *todas as fases de*

12. Os países haviam se reunido antes da Assembléia para planejar estratégias coletivas no Rio de Janeiro.

13. Gapa/RS, Pela Vidda/RJ, Pela Vidda/Niterói, Gestos, Amazona, Bemfam e Rede Nac. Pessoas HIV+.

construção das respostas para o HIV/Aids. Nesse sentido, reforçou-se o princípio de “maior envolvimento das pessoas soropositivas”, (Gipa) reconhecido no *Paris Aids Summit*, com a participação de 42 países (1994).

Considerações Finais

Tem sido comum a afirmação de que o tempo de incubação e o preconceito que gerou nas pessoas foram os melhores aliados para a expansão da Aids. Até hoje, é o desinteresse ou a incapacidade dos governos em enfrentá-la com seriedade que têm permitido ao HIV continuar devastando o planeta. Entretanto, ao mesmo tempo que a Aids tem trazido dor, raiva, frustrações e perdas, ela tem também exigido de nós, afetados/as e infectados/as, a habilidade para lidar com novos aprendizados. A maior compreensão das políticas internacionais, a atuação nesses espaços e a visão de como eles dialogam com a realidade local são exemplos dos novos desafios presentes na agenda do Movimento Aids.

O reconhecimento da necessidade de diálogo entre os “não-governamentais” e o governo tem impactado o sistema das Nações Unidas, em diversas outras áreas. No caso da Aids, a ONU tem sido cada vez mais pressionada a incluir a sociedade civil e as pessoas vivendo com Aids nos Grupos Temáticos da Unaids e a fazer *advocacy* nos espaços de interlocução com os governos locais para implementação das metas acordadas. Da mesma forma, exige-se da sociedade civil cada vez mais conhecimento e capacidade de acompanhar o processo. O monitoramento da Ungass tem sido, sem dúvida, um catalisador desse processo.

A DoC, enquanto instrumento, pode ser considerada frágil, já que não tem um caráter legal “vinculante”, como as conferências, que, em tese, deveriam ser cumpridas obrigatoriamente pelos países — mesmo essas já são bastante difíceis de serem monitoradas pela ONU. Portanto, os resultados da Reunião de Revisão da Ungass, em julho de 2006, não causaram surpresa ao demonstrar que as metas pactuadas estão longe de ser alcançadas e que a epidemia não vem sendo tratada com a atenção, os recursos e a garantia dos Direitos Humanos necessários ao seu enfrentamento. O reconhecimento político de que a Aids “compromete o desenvolvimento social e econômico em todo o mundo” não tem sido suficiente para mobilizar os governos na mesma velocidade em que o HIV se expande.

Precisamos agora de ações e de bons planos nacionais de assistência e prevenção à Aids implementados nos países.

Os desafios atuais são bem concretos: 5 milhões de novos casos e 3,1 milhões de mortes foram registrados no último ano, o que coloca a epidemia num patamar de proporções alarmantes¹⁴. Apesar dos investimentos mundiais terem aumentado de US\$ 2,1 bilhões (2001) para US\$ 6,1 bilhões (2004), os recursos continuam insuficientes. A meta dos US\$ 12 bilhões (2005) do Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária não foi atingida, e a nova Declaração Política, firmada na *Reunião de Revisão*, reconhece a necessidade de US\$ 20 a 23 bilhões/ano até 2010 — lembrando que os gastos gerais com a guerra do Iraque foram de US\$ 14 bilhões por semana.

Assim, mesmo considerando sua fragilidade e seus desafios, o sistema ONU precisa ser compreendido no seu contexto político, sinônimo de paradoxos e disputas. Ou seja, podemos dizer que a Ungass/Aids é revolucionária em termos de comparação histórica, pois reforça a necessidade de uma resposta de qualidade mesmo nos pequenos e médios países, com a presença fundamental da sociedade civil. E precisamos entender que ela é moderada, pois se revela suficientemente flexível para absorver a imposição das relações comerciais ditadas pelos países dominantes, assegurando continuidade mesmo em meio às mudanças das propostas. Ou seja, a ONU reflete o fato de que nenhuma resposta a essa epidemia jamais foi nem nunca será linear. Percorremos um caminho tortuoso de conquistas e reafirmações. A complexidade desse cenário exige reflexões mais profundas, inclusive dentro do próprio movimento global de luta contra a Aids, no qual as lideranças comunitárias, mundialmente, têm dificuldade de ser ouvidas. Ao mesmo tempo, sabemos que, no cenário internacional, as vozes da sociedade civil escutadas são, invariavelmente, as dos atores da sociedade civil do Norte, que atuam e vivem nos países do Norte, e esse é outro desafio a enfrentar.

Enfim, se a demanda pelo aumento do diálogo e a articulação entre sociedade civil e governo vêm impactando o sistema ONU, mobilizando cada vez mais a sociedade civil para acompanhamento das conferências, assembleias e resoluções, essa mobilização internacional, por sua

14. www.unaids.org/wad2004/EPI_1204_pdf_en/EpiUpdate04_en.pdf.

vez, enfrenta o desafio de capilarizar tais debates nas agendas nacionais. É nesse sentido que a Ungass/Aids transformou-se em um instrumento estratégico de *advocacy*, que tem fortalecido a interlocução junto aos governos para implementação não apenas das metas acordadas na ONU, mas, principalmente, dos planos nacionais para o controle do HIV/Aids. O monitoramento da Ungass no Brasil fortaleceu nossa capacidade de desenvolver processos e reflexões, colocando em pauta o diálogo entre as macropolíticas e as políticas locais, gerando análises profundas sobre a conjuntura nacional a partir do *nosso* olhar de sociedade civil. No caso do movimento brasileiro, tal processo nos ajudou, e continua ajudando, a criar novos indicadores que tornem impossível negar a realidade: apesar da capacidade de mobilização das ONGs, dos governos e das pessoas soropositivas, no Brasil, principalmente no Norte e Nordeste, a epidemia de Aids continua crescendo, e, sem a licença compulsória para os medicamentos que importamos hoje, as metas que havíamos estabelecido e superado antes mesmo da existência da Ungass, garantindo acesso universal aos ARV para todos/as que deles necessitavam, estão agora sob forte ameaça de retrocesso.



Aids, direitos humanos, esperança e luta

Francisco Pedrosa

Jornalista, Mestre em Políticas Públicas e Sociedade (Uece), foi da coordenação do Fórum de ONGs/ Aids do Ceará, é Técnico de gestão e planejamento da Coordenação de DST/Aids da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza.

Violeta Holanda

Cientista Social, Mestre em Sociologia (UFC), colabora na assistência do projeto *Articulando o Ativismo em Aids no Nordeste*, pelo Grupo de Resistência Asa Branca (Grab/CE), e faz parte da Comissão Política do Fórum de ONGs/Aids do Estado do Ceará.

Construindo a solidariedade

A pandemia de Aids nos trouxe à possibilidade de ressignificarmos a solidariedade, que se constrói em longos e difíceis anos. Essa solidariedade, imprescindivelmente, reúne elementos complexos, como a desconstrução de estigmas (quanto a sexualidades, questões de gênero, orientação sexual, pobreza, raça, etc.) e, especialmente, no que diz respeito aos múltiplos olhares sobre as Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) e às conexões entre conceitos como saúde e doença, vida e morte, cidadania, entre outros. E tem sido assim nesses últimos 25 anos, com momentos de intensas lutas sociais. No início dos anos 1980, organizações de defesa dos direitos de homossexuais e alguns profissionais de saúde empreendiam as primeiras respostas à epidemia no Brasil. Ao mesmo tempo que realizavam ações educativas, exigiam dos governos medidas para prevenir novos casos e tratar as pessoas que já estavam doentes.

Nesse sentido, a construção da solidariedade tem como ponto de partida o apoio às PVHA, numa perspectiva de promoção e garantia dos direitos humanos, viabilizando a efetivação de ações que incentivem e incluam as PVHA como sujeitos políticos de sua história, da construção individual e social de sua saúde e da saúde de outras pessoas. Portanto, é a partir do exercício da cidadania, pautado na perspectiva do acesso ao direito, que a luta no enfrentamento da epidemia se fortalece e exige respeito e medidas sociais em relação àqueles(as) que vivem e/ou convivem com o HIV/Aids. Sem esse viés, corremos o risco de estar contribuindo para ações de cunho exclusivamente assistencialista. Concomitantemente, também se faz necessária a luta pela autonomia individual e dos vários grupos sociais com relação a estilos de vida, valores culturais, sexualidades, etc., fortalecendo o apoio às políticas públicas voltadas para as diversas “comunidades”, entre as quais estão: as mulheres, as comunidades GLTB (gays, lésbicas, travestis, transexuais e transgêneros e bissexuais), os/as trabalhadores/as do sexo, os/as usuários/as de drogas, os/as adolescentes, os/as indígenas, os/as afro-descendentes, dentre outras. O acesso igualitário aos direitos reconhecidos exige dos instrumentos políticos e normativos constituídos o reconhecimento das diferenças de gênero, geração, classe, orientação sexual, cultura, etc.

O ativismo, as redes sociais e a esperança

As conquistas e os desafios movem nossa esperança, alguns são marcos históricos que não podem ser esquecidos. A experiência brasileira em relação à organização dos sujeitos coletivos que lutam por direitos e, em especial, o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos enquanto direitos humanos fundamentais remontam aos movimentos reivindicatórios da década de 1970, especialmente os de mulheres e de homossexuais. O controle do próprio corpo e da fecundidade, a atenção especial à saúde, a luta pela descriminalização do aborto e pelo acesso à contracepção e, posteriormente, o exercício pleno da maternidade, e o acesso a novas tecnologias reprodutivas fazem parte da agenda dos direitos sexuais e reprodutivos femininos. As lutas pela igualdade de direitos nas relações estáveis homossexuais, quanto à previdência social, aos direitos de família, entre outros, além da luta diante da violência homofóbica, cristalizada, entre outros espaços, na esfera institucional do Estado, constituem parte importante desses movimentos. Após as conferências internacionais do Cairo (Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento), em 1994; de Pequim (Conferência Internacional de Mulheres), em 1995; e de Durban (Conferência Mundial contra Racismo, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas), em 2001; a noção de que os direitos sexuais e reprodutivos fazem parte dos direitos humanos básicos avança e se firma mais intensamente também no Brasil. No âmbito governamental, instituíram-se o programa Brasil sem Homofobia — de combate à violência e à discriminação contra gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais e de promoção da cidadania homossexual — e o programa da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, ambos de abrangência nacional.

Em relação às ações oficiais voltadas para a questão do HIV/Aids, o Programa Nacional de Direitos Humanos, instituído pelo Decreto nº 1.904, de 13/05/1996, no que diz respeito às PVHA, dita o apoio à participação das pessoas portadoras de HIV/Aids e suas organizações na formulação e implementação de políticas e programas de combate e prevenção do HIV/Aids; o incentivo às campanhas de informação sobre HIV/Aids, visando esclarecer a população sobre comportamentos que facilitem ou dificultem a sua transmissão; o apoio à melhoria da qualidade do tratamento das pessoas com HIV/Aids, o que deve incluir a ampliação da acessibilidade e a diminuição do seu custo; bem como o incentivo a es-

tudos, pesquisas e programas para limitar a incidência e o impacto do HIV/Aids.

O ativismo na luta contra a Aids no Brasil tem exercido um papel importante na organização, mobilização e manifestação pública em defesa dos direitos humanos das PVHA. Aspectos como o controle da qualidade do sangue, o fornecimento universal dos medicamentos anti-retrovirais, via SUS, a definição de procedimentos quanto à prevenção da transmissão perinatal (que pode reduzir a cerca de 1% as chances de transmissão da mãe HIV+ para seu bebê e atuar para melhorar a saúde da gestante) são algumas das grandes conquistas que movimentos sociais, pesquisadores, profissionais de saúde e governos impingiram na resposta à Aids no País.

A mortalidade por Aids é alta no Brasil, e no Nordeste, também, embora tenha sido significativamente reduzida a partir do acesso aos anti-retrovirais. O sistema público de saúde tem deficiências que limitam a assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids, que estão relacionadas ao número insuficiente de leitos hospitalares, assim como ao acesso irregular aos medicamentos para efeitos colaterais e infecções oportunistas. Enfim, a percepção da vulnerabilidade em HIV/Aids, que entrecruza fatores como acesso à saúde pública, auto-estima, condições de vida (moradia, alimentação, emprego/renda, etc.), liberdades sexuais, impõe a importância de políticas sociais integradas no campo das DSTs/HIV/Aids.

Um outro desafio crucial é a necessidade do governo federal licenciar compulsoriamente alguns medicamentos anti-retrovirais (cujas patentes são propriedade de grandes laboratórios transnacionais, as chamadas grandes farmas), com respaldo em lei brasileira e tratados internacionais que afirmam o interesse da saúde pública em detrimento dos enormes lucros da indústria farmacêutica. Sem isso, o programa brasileiro de Aids (que é referência para o mundo) não tem sustentabilidade devido aos altos custos de importação de alguns dos medicamentos. Estudo recente comprova que a indústria farmacêutica nacional está preparada para produzir, com toda a qualidade exigida, alguns desses principais medicamentos patenteados a um custo muito mais baixo do que os valores atualmente pagos.

A participação das organizações da sociedade civil (mais de seiscentas no País), do movimento social de luta contra a Aids, é singular para as políticas públicas em DST/HIV/Aids e tem apontado o caminho da esperança e da solidariedade, incluindo-se aí a perspectiva histórica do desco-

brimento de vacinas que contribuam para por fim à pandemia de Aids.

A atuação dessas organizações, em grande medida, tem constituído uma rede social de luta contra a Aids, nos níveis local, regional e nacional. Mediando agendas e temas que se referem a um conjunto abrangente de demandas sociais, essa rede tem se potencializado a partir da interação com outras redes sociais, tais como as redes dos movimentos de mulheres, do movimento homossexual, das trabalhadoras do sexo, de pessoas vivendo com HIV/Aids, etc.

**“Os Direitos
Humanos foram
implementados
para algumas
mulheres,
algumas
crianças e
alguns homens,
mas não para
todos/as”**

Taciana/SOS Corpo – PE

Ainda assim, as diversas redes têm encontrado, em sua interlocução e ação transnacionais, boa parte da ampliação e da efetivação das respostas globais e absolutamente necessárias à epidemia de HIV/Aids. Questões como o acesso aos medicamentos, que refletem as desigualdades nacionais e regionais do próprio acesso à saúde, têm encontrado, nas ações e intervenções globais, o campo apropriado de construção e efetivação de respostas sociais.

As citadas redes sociais têm se deparado com um arsenal de elementos políticos que dizem respeito à própria possibilidade de efetividade e resolutividade de suas intervenções. Questões como as regras do comércio exterior (e a arena política da OMC), as relações dos organismos multilaterais com os países membros

e as comunidades, o direito à saúde diante dos ajustes estruturais e dos modelos neoliberais de Estado por um lado, podem restringir as ações do movimento social, por outro, apontam, novas agendas, novos dilemas e um novo desenho para o ativismo e a esperança na luta pela vida e o enfrentamento da Aids.

Nessa direção, a luta contra a Aids, na perspectiva de construção social da saúde, insere-se no contexto atual da definição e do enfrentamento dos determinantes sociais da saúde, da diminuição das iniquidades e da valorização das iniciativas das comunidades, pela qualidade de vida das pessoas e de suas comunidades.

Dentre os tratados internacionais voltados à proteção dos direitos humanos ratificados pelo Brasil, destacam-se: Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, em 1º de fevereiro de 1984; Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura, em 20 de julho de 1989; Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos Cruéis, Desumanos e Degradantes, em 28 de setembro de 1989; Convenção sobre os Direitos da Criança, em 24 de setembro de 1990; Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, em 24 de janeiro de 1992; Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, em 24 de janeiro de 1992; Convenção Americana de Direitos Humanos, em 25 de setembro de 1992; Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Eradicar a Violência contra a Mulher, em 27 de novembro de 1995; Protocolo à Convenção Americana em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Protocolo de San Salvador), em 21 de agosto de 1996; Reconhecimento da Corte Interamericana de Direitos Humanos, em 1998; diversas convenções da Organização Internacional do Trabalho, com destaque para a Convenção nº 103, aprovada em 1965, relativa ao amparo à maternidade. Os direitos sexuais e direitos reprodutivos foram pactuados nas Conferências da ONU sobre a Mulher – Pequim (95) e População, no Cairo (94).

Sobre direitos sexuais – Homens e mulheres têm direitos sexuais, isto é, o direito de viver sua sexualidade com prazer e livre de qualquer tipo de opressão, preconceito e discriminação. Isso inclui os direitos:

- De viver a sexualidade sem medo, vergonha, culpa, falsas crenças e outros impedimentos à livre expressão dos desejos.
- De viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física.
- De escolher a/o parceira/o sexual sem discriminações e com liberdade e autonomia para expressar sua orientação sexual se assim o desejar.
- De viver a sexualidade livre de violência, discriminação e coerção e com respeito pleno pela integridade corporal da/o outra/o.
- De praticar a sexualidade independentemente de penetração.

- De insistir sobre a prática do sexo seguro para prevenir gravidez não-desejada e as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/Aids.
- À saúde sexual, a qual exige o acesso a todo tipo de informação, educação e a serviços confidenciais de alta qualidade sobre sexualidade e saúde sexual.

Sobre direitos reprodutivos – Os direitos reprodutivos dizem respeito aos direitos básicos que toda pessoa tem de tomar decisões de forma livre e responsável sobre contracepção e reprodução e de ter informações e meios para tanto, usufruindo do mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva. Entre esses direitos, estão:

- O direito individual de mulheres e homens de decidir sobre se querem ou não ter filhos, em que momento de sua vida e quantos filhos desejam ter.
- O direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.
- O direito de homens e mulheres participarem com iguais responsabilidades na criação das/os filhas/os.
- O direito a serviços de saúde pública de qualidade e acessíveis, durante todas as etapas da vida.
- O direito à adoção e ao tratamento para a infertilidade.

Fonte: Conversando sobre Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, da série Saúde Preventiva, publicada pelo SOS Corpo.

Referência Bibliográfica

- SCHERER-WARREN, Ilse. Redes e sociedade civil global. In: **ONGs e Universidades**. São Paulo: ABONG; Editora Fundação Peirópolis, 2002.
- OLIVEIRA, Francisco de. Entre a complexidade e o reducionismo: pra onde vão as ONGs da democratização? In: **ONGs e Universidades**. São Paulo: ABONG, Editora Fundação Peirópolis. 2002.
- VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**. São Paulo: A autora, 2002.
- BRASIL. Presidência da República. **Programa Nacional de Direitos Humanos**. Brasília: Ed. Imprensa Nacional, 1996. (coleção documentos da Presidência da República).

Reflexões e Possibilidades de Articulação do Ativismo em Aids no Nordeste

O projeto *Articulando o Ativismo em Aids no Nordeste* teve o propósito de organizar grupos, redes, ativistas do movimento de luta contra a Aids em torno de problemas no campo do direito à saúde. Procurou destrinchar a teia de interesses políticos e econômicos que terminam por influenciar decisivamente na efetivação de políticas de combate ao avanço da Aids ou seu tratamento, tendo em conta os interesses capitalistas que redefinem a função primordial do Estado, que é zelar pelo bem-estar do/a cidadão/ã.

A realidade do Nordeste mostra que, em todos os Estados, há subnotificação não apenas dos casos de Aids, mas também da mortalidade materna e por câncer de colo de útero. Em Alagoas, urge garantir eficiência no atendimento das unidades básicas de saúde; na Bahia, mais da metade dos casos de Aids, de 1985 a 2005, está em Salvador, porém a situação do interior não encontra visibilidade; no Ceará e na Paraíba, a pauperização da Aids leva as organizações a lutarem pelo passe livre para que as PVHA possam ter acesso ao tratamento; o Maranhão e o Piauí, entre os IDHs mais baixos do Brasil, têm, na baixa escolaridade, uma via aberta para a expansão da epidemia da Aids; Pernambuco denuncia a insuficiência de leitos e UTIs para as PVHA.

Citamos fatos em separado, mas, juntos, eles são o retrato fiel de todos os Estados, porém registramos que, do Rio Grande do Norte, nos chega a informação de que, não obstante o crescimento da Aids, a oferta de medicamentos para infecções oportunistas melhorou bastante, aumentando, inclusive, a relação das drogas disponíveis. Isso é prova de que a vontade política supera obstáculos, ainda mais se instada pela ação permanente dos movimentos sociais.

Os depoimentos a seguir são de ativistas que trazem relatos das dificuldades e histórias de quem enfrenta adversidades para exercer a cidadania em momentos tão cruciais. Eles nos lembram que ativistas somos todos nós, porque cidadania é para todos!



BAHIA

Moysés Longuinho Toniolo de Souza

Coordenador-geral da RNP+/BA; Ponto Focal Estadual da Bahia na RNP+/Nordeste; Representante da RNP+/Brasil na Cnaids. Membro ativista da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids. Promotor legal popular

Temos na Bahia algumas das maiores representações de ONGs do Brasil que iniciaram o processo de enfrentamento do estigma da Aids e com as mais variadas facetas: desde o apoio à prevenção e à assistência a portadores do HIV/Aids até a específica garantia dos direitos de públicos estigmatizados, como gays e profissionais do sexo. O Fórum Baiano de ONGs Aids/Fobong confirma a superação das adversidades em um território muito extenso e também o poder de articulação do interior do Estado com a capital, buscando expandir a ação do movimento social sob os rumos da pauperização da epidemia.

A Bahia ainda convive, de certa forma, com resquícios de corone-

lismo a impregnar algumas lideranças. Vivemos, como em outros lugares, a dualidade entre ser movimento social e tentarmos sobreviver muitas vezes à custa de projetos com verba oriunda de órgãos públicos. Não avançamos ainda na definição de que fazer controle social não é só “ser oposição ao governo” para defender nossos interesses particulares, via projetos, mas pensar na melhoria da saúde como um todo. Tentamos com muito esforço fazer a utopia da integração e articulação dos diversos atores, seguindo um mínimo de coerência em suas perspectivas de planejamento estratégico para o movimento social. Pouco se consegue que os assuntos internacionais sejam pautados com a importância que merecem, pois, muitas vezes, nosso destino está em jogo, bem longe do nosso limite de ação.

Mas ao mesmo tempo, em questão de poucos anos, desde que se implantou a atual política de incentivo fundo a fundo, chamada *Plano de Ações e Metas em DST/Aids* (PAM), nunca conseguimos uma mobilização pelos nossos direitos e defesa do nosso papel de participação social como agora. Ainda podemos lembrar do tempo em que brigávamos de verdade pelo espaço onde colocar-

mos a nossa experiência de cunho prático na lide da Aids como algo fundamental para contrapor o tecnicismo dos burocratas no sistema público. E a luta, se não acabou, pelo menos garantiu um espaço de respeito e diálogo nunca vistos, conquistados com sangue, suor e lágrimas em muitos momentos.

Com a participação de representantes da Bahia no projeto *Articulando o Ativismo no Nordeste*, tivemos um dos raros momentos de auto-reflexão que possibilitaram ampliar nossas perspectivas enquanto movimento social e pensar sobre a nossa prática cotidiana, quase sempre limitada e sem interação com o resto do mundo. Os novos conhecimentos trouxeram também outras reflexões sobre a relação entre a freqüente falta de medicamentos anti-retrovirais e os interesses mercadológicos de laboratórios internacionais que só visam o lucro. Algumas questões levantadas criaram um desconforto e mexeram internamente com cada um, principalmente sobre quais os motivos que fazem a OMC querer usurpar dos países o direito a defenderem e implantarem o licenciamento compulsório de medicamentos ARVs contraria a lógica da defesa da saúde. Passamos a ver, assim, a soberania nacional sob outra perspectiva.

Mas o melhor de tudo, afora a qualidade das discussões fomentadas e das jornadas de ativismo nos Estados que conseguiram ampliar essa ação, foi o fato do curso ter abalado as estruturas internas de cada um. Ter feito a gente sair do nosso pequeno mundinho, restrito, local, curralista e autofagista. Ao abrir nossa mente para a necessidade imediata de união de todas as bandeiras específicas dentro do movimento, o projeto fez perceber que articulação é algo maior do que pensar em benefício próprio. É pensar no outro e com o outro!

Fez cada participante se organizar para tentar outras discussões dentro dos fóruns, mesmo que algumas ONGs não julgassem pertinente. Fez com que procurássemos saber mais sobre neoliberalismo e seus efeitos diretos na nossa política de saúde pública, sobre que raio é Trips e quebra de patentes, ou o porquê de nos mobilizarmos todos juntos, numa verdadeira articulação de ativismo pelo Nordeste: isso seria um passo histórico rumo a novos horizontes de trabalho nas questões sociais.

A Bahia conseguiu colocar a Ungass para ser discutida com algumas ONGs e programas de DST/Aids; conseguimos nos mobilizar para participar do *Fórum Social Brasileiro*, no Recife, onde

defendemos nas ruas o licenciamento compulsório; ampliamos a participação do Estado na 6ª *Reunião da Articulação Nacional de Combate à Aids*, no Rio de Janeiro, e demonstramos, internamente, que ser movimento social é se articular em diversos níveis além do local.

Na interação com o sistema de saúde, pode-se dizer que caminhamos para o amadurecimento do diálogo como estratégia de interlocução que produz efeitos concretos nas políticas públicas em DST/Aids. Não que tenhamos um programa que seja modelo, pois ainda tem suas limitações tanto administrativas quanto políticas, mas firmamos um papel de controle social mais efetivo e proativo. Participação social é isto: saber a hora e como se colocar para defender os interesses do movimento social com respeito, dignidade e conhecimento adquirido da prática. Além, é claro, de um bocado de parceiros integrados na luta e fazendo as articulações com decisões tiradas pelo coletivo. Nem sempre é fácil, mas dá gosto ver os resultados. Principalmente quando se refletem em melhoria da qualidade e aumento dos serviços oferecidos à população, seja nas ações de prevenção e diagnóstico, seja na assistência e no tratamento

para quem vive com HIV/Aids na Bahia.

Portanto, mesmo que os desafios do próprio movimento sejam grandes e que a luta por uma melhor saúde leve a novos horizontes de batalha, como o enfrentamento da pauperização e a feminização da epidemia, tivemos, nessa experiência do *Articulando o Ativismo no Nordeste*, uma oportunidade única de mobilização.

Receber um quinhão dos conhecimentos dos/as instrutores/as ou facilitadores/as durante o curso foi um momento único de fortalecimento. Mais do que representantes de Estados distintos, fomos um grupo de pessoas que pensou junto o que fazer pelo Nordeste. Conhecer a força ativista que está em ação neste momento e participar das diversas experiências gerou uma integração motivadora que irá repercutir por muito tempo.





CEARÁ

Adriano Caetano

Grupo de Resistência Asa Branca (Grab/CE)

A crescente favelização da capital, Fortaleza, e o aumento desenfreado do turismo sexual acentuam a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/Aids em diversos segmentos, dentre eles os/as profissionais do sexo e usuários/as de drogas.

O Estado como um todo convive com a pauperização, feminilização e interiorização da Aids, com mais de 90% dos municípios com casos notificados. Apesar da epidemia avançar pelo interior, não se percebe, por parte dos gestores, a intenção de criar ou melhorar os serviços em Aids nos municípios. Fortaleza concentra os serviços de assistência às PVHA em apenas três unidades: Hospital São José, que atende a cerca de 80% dos casos de Aids (ambulatório, internação, programa de atendimento domiciliar, hospital-dia), Hospital

Geral de Fortaleza (ambulatório e internação) e Hospital Universitário Walter Cantídeo (ambulatório e internação).

Diagnóstico realizado em 2005 pela Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids – núcleo Ceará, denunciou uma série de carências/deficiências nos serviços de assistência às PVHA. Faltam leitos hospitalares, os exames não são realizados a cada três meses, conforme o consenso terapêutico, o que compromete a qualidade do tratamento, e impera a falta crônica de medicação para doenças oportunistas. Atualmente, 6.040 PVHA estão cadastradas no ambulatório do Hospital São José; destas, 3.100 estão em uso de anti-retrovirais.

Cerca de 68% dos usuários do Hospital São José têm renda inferior a um salário mínimo ou não possuem renda nenhuma, o que dificulta o acesso ao serviço para dar continuidade ao seu tratamento. Assim, o passe livre para as PVHA tem sido uma das reivindicações do Movimento Aids no Estado.

Mas, onde tudo é tão difícil, temos histórias de superação. A da secretária da RNP+/CE, Deusa Maria, 49 anos, é uma delas. No início de 2005, viúva recente, des-

cobriu-se soropositiva. Através de um cartaz pelo passe livre, soube da RNP+ e decidiu correr atrás da vida, fazer parte do movimento e ter a dimensão de quantas pessoas enfrentam os mesmos problemas.

Maria Lucineide, 40 anos, da Cidadãs PositHIVas, lembra que passou dez anos presa em casa com medo das pessoas e do mundo até ser encaminhada para a Associação dos Voluntários do Hospital São José (AVHS), onde fez curso de costura e pintura. “Depois comecei a freqüentar as reuniões de adesão da rede e fui me fortalecendo, me empoderando. Até a relação com o médico mudou. Antes não dizia nada, não questionava nada; hoje pergunto e sei sobre os efeitos da medicação no meu corpo. Da rede, eu comecei a participar das reuniões do grupo das Cidadãs, e daí para o Fórum Cearense de Mulheres foi um pulo.”

Fortalecer essas pessoas e o Fórum de ONG/Aids foi a primeira preocupação das *Jornadas Ativismo em Aids* no Ceará. Para inserir a percepção da Aids no contexto de macropolítica vigente, realizamos, no segundo semestre de 2005, vários grupos de discussão sobre temas como OMC, ajuste estrutural, Trips/Gats e patentes.

As Jornadas culminaram no seminário *Perspectivas Contem-*

porâneas de Respostas à Epidemia da Aids no Mundo e no Ceará. Participaram movimentos sociais diversos (fóruns/redes/ONGs), gestores de saúde (municipal/estadual/federal) e universidades, num debate intenso sobre as políticas internacionais e direitos sociais e macropolíticas sob o olhar dos movimentos sociais. Esse encontro foi de importância vital para o Movimento Aids no Ceará, na interface com outros movimentos afins numa luta coletiva por um outro mundo possível.

Ouvir dos participantes que as iniciativas surtiram o efeito desejado é animador. Deusa Maria afirma que passou a entender o quanto vale a pressão da sociedade organizada: “Muitas vezes, o presidente da República não realiza uma certa ação porque não depende apenas dele, existe toda uma rede interligada de grupos estrangeiros, e nem sempre todos pensam igual. Depois das discussões do Ativismo, eu vejo o mundo com outros olhos, assisto a jornal e leio as notícias com mais atenção porque agora sei que as coisas não estão distantes, elas interferem na nossa vida. Mas me acho ainda muito tímida, podia fazer mais, lutar mais. Infelizmente, as pessoas têm muito preconceito com os/as soropositivos/as”.

Maria Lucineide ressalta a troca de experiências e o impulso para permanecer articulada. “Aprendi a lutar pelos meus direitos e como agir. Participei também do curso de formação política do Fórum Cearense de Mulheres e recentemente organizei o *I Seminário de Controle Social, Participação e Políticas Públicas para as Mulheres* juntamente com o Fórum de Mulheres. Depois do Ativismo, aprendi a conviver com as diferenças, a procurar entender o outro nas suas especificidades.”

O paulista Carlucio Albuquerque, 43 anos, da coordenação da RNP+/CE, diz que estar no Ativismo foi um momento de muito aprendizado e revisão de algumas posições. “Antes eu já tinha uma militância na esquerda, mas foi com a Rede que eu entendi o que é solidariedade e o que é viver com Aids no Ceará. É uma luta constante por medicamentos, por alimentação, por exames, por transporte, essa foi a realidade com que tomei contato. O problema é como levantar as questões políticas dentro do Movimento Aids. Mas, com certeza, depois das discussões, as pessoas estão mais politizadas e entendem os mecanismos da OMC, patentes e Trips. Agora, o que podemos fazer é dar um choque de ativismo no Ceará.

No período das Jornadas, foi tudo muito intenso, e o avanço é inserir essas pessoas/ativistas nessas discussões, que estejam sempre na agenda do movimento.”

Com essas reflexões coletivas, o Fórum de ONG/Aids do Ceará constituiu, no planejamento estratégico 2006, uma comissão política para articular/fomentar as discussões em torno do fortalecimento do ativismo em Aids no Fórum e em demais espaços de articulação política.



MARANHÃO

Wendel Alencar

Fórum de ONGs Maranhão; Constância Barros, Fórum de Mulheres do Maranhão; Janete Amorim, União Popular por Moradia/Comitê do Fórum Social Maranhense; Antonio Junior, ponto focal RNP+ Maranhão; Colaboração: Movimento dos Atingidos Pela Base Espacial de Alcântara (Mabe).

Aqui no Maranhão, nós dos movimentos sociais populares sempre estivemos em processo de

mobilização reflexiva, ao mesmo tempo que, continuamente, nos posicionamos na efetiva cobrança de eficientes políticas públicas de saúde.

O projeto *Articulando o Ativismo em Aids no Nordeste* contribuiu para o processo de politização das lideranças, sendo um norte no fortalecimento das ações contra acordos lesivos patrocinados pelo FMI, pelo Banco Mundial e pela OMC.

A tarefa de mobilização a que nos propomos não é fácil. Em agosto de 2006, o Fórum de ONGs Aids, o Fórum de Direitos Humanos, o Fórum de Mulheres, o Fórum DCA, o RNP+ Núcleo São Luís, o Fórum de Segurança Alimentar e o Fórum da Cidadania de Colinas realizaram, em conjunto, o *I Encontro dos Fóruns da Sociedade Civil do Maranhão*, com o propósito de repassar e ampliar as discussões do *II Fórum Social Brasileiro* (abril, no Recife) e debater “como se dá a movimentação social, o ativismo, considerando a realidade do acesso aos serviços públicos no Estado, o contexto internacional e as influências negativas das políticas mercantilistas do Banco Mundial, do FMI e da OMC”.

Foram 25 as entidades e lutas representadas nesse encontro, pre-

ocupadas com a definição de uma agenda e um plano de ação comuns. Um reflexo de que articular o ativismo em Aids é articular o ativismo em geral. Então, encaramos de frente uma crucial questão de fundo: o analfabetismo e o baixo IDH comprometem nossa atuação e a resposta popular a ela.

Dentro de tudo, há uma inversão de valores, papéis e funções, em que a sociedade civil assume o papel do Estado, enfraquecendo o ativismo e as lutas sociais. E mais, a comunicação linear entre os movimentos é falha, e a dispersão das bandeiras de luta, não obstante o muito que temos feito, diminui o impacto das ações e das transformações sociais que buscamos. Nesse contexto, como agravante, os meios de comunicação de massa dão pouca atenção ao nosso discurso/mobilização.

Vimos, portanto, que é necessário avaliar e auto-avaliar nossas práticas de movimentos sociais. E pensar novas estratégias. Talvez essa aparente inércia esteja esvaziando os fóruns, e a saída seja articular o que temos em comum para fortalecer, de consequência, o que temos de específico. Observamos que poucos fóruns têm atividades de fortalecimento do ativismo, de formação de novas lideranças e sequer constam de suas

agendas, a não ser de forma pontual, as discussões que pautaram o projeto *Ativismo em Aids*: o cenário e os atores internacionais e as macroarticulações locais (*Fórum Social Maranhense*), regionais (*Fórum Social Nordeste*), nacionais (*Fórum Social Brasileiro*) e mundiais (*Fórum Social Mundial*).

Dentro dessa realidade, porém, estamos viabilizando uma agenda positiva comum, buscando fortalecer o comitê do *Fórum Social Maranhense* (que acontecerá em 2007) já pensando numa participação quantitativa e qualitativa no próximo FSNE. Várias jornadas estão acontecendo como prática dessa agenda positiva comum. Representantes do *Fórum de Mulheres* não participaram da jornada *Formação Ativismo em Aids*, mas o fórum tem uma agenda de ativismo — debates, oficinas, manifestações — na capital e no interior, em conjunto com o Fórum de ONGs Aids e RNP+, e estes últimos estão conseguindo articular-se com outros movimentos.

Como exemplo da articulação com outras lutas, temos o apoio às comunidades quilombolas, compulsoriamente deslocadas em função da Base Espacial e Centro de Lançamento de Alcântara, que ocupam 60% do território do município, e existe projeto para que

cheguem a ocupar 80%. Essas comunidades foram confinadas em 15 hectares por família.

A redução do módulo rural causou forte declínio na produção agrícola, o que pode ser comprovado no censo do IBGE de 1996. As famílias transferidas até hoje sofrem retaliações militares nas agrovilas. Mas estamos buscando influir no Plano Diretor do município, uma grande esperança de disciplinamento justo do uso da terra.

O pólo siderúrgico também mobiliza conjuntamente os movimentos sociais que lutam contra a proposta de que este seja construído em terreno na própria Ilha de São Luís, a apenas 12 km do centro da capital. Sem dúvida nenhuma, uma vez tendo a capacidade de produzir 1/3 da produção mundial de ferro e aço, o pólo causará chuvas ácidas e vários outros danos ambientais e sociais.

Falando especificamente de ativismo em Aids, vivemos as dificuldades e o descaso dos serviços de saúde no atendimento, na assistência, no diagnóstico e no tratamento. A terceirização e a mercantilização da saúde têm marcas fortes no Maranhão. De 1999 a 2005, após a destituição do Conselho Estadual de Saúde, por determinação da então governa-

dora Roseana Sarney, e com o total apoio da Assembléia Legislativa (sendo criado logo depois outro conselho dentro da Assembléia por indicação dos chefes coronelistas e sarneysistas), deu-se o fato de que 90% dos hospitais, das maternidades e dos laboratórios do Estado ficaram sob a administração da Pró-Saúde. Nesse mesmo processo, também eram implantadas, no Maranhão, duas Secretarias Estaduais de Saúde.

Começava a tormenta das PVHA e DST e dos outros usuários do SUS. As PVHA e DST foram jogadas para a antiga colônia que abrigava as pessoas doentes de tuberculose, deixando, o Estado, de ter unidade referência em tratamento e assistência às PVHA e DST. Sem as devidas habilitações e registros, o abrigo não era reconhecido pelo SUS como referência ambulatorial ou para internação, causando um caos devido à total falta de infra-estrutura e de recursos financeiros. Sendo habilitado como SAE no final de 2004, pouco a pouco passa a ser uma unidade de referência para internação.

Nos últimos anos, participamos ativamente de conselhos e conferências de saúde DST/Aids e DH. Com toda essa luta, revertemos alguns problemas. A Pró-Saúde atualmente administra ape-

nas 15% das unidades do Estado, e as duas Secretarias Estaduais de Saúde foram unificadas. Mas temos problemas estruturais para resolver, como o analfabetismo e IDH baixíssimo, que prejudicam nossa ação. Porém, articular em todos os níveis é a melhor resposta para mudar essa realidade.



PARAÍBA

Elaine Maurício

Integrante do Fórum ONG Aids Paraíba

Questões práticas como a reforma do hospital referência são a nossa luta, e já entramos com representação junto ao Ministério Público Federal a respeito. Lutamos também pelo passe gratuito para portadores de HIV, assim como para doentes de câncer que têm dificuldades financeiras até para o acesso ao tratamento. São muitos os problemas que fazem parte do nosso dia-a-dia.

Com um projeto como o *Ativismo em Aids*, a gente percebe que acaba fortalecendo a todos nós porque nos faz enxergar o porquê desta coisa de não ter serviço de saúde de qualidade. A colega Rosângela Vital, do Grupo de Cidadaãs Positivas, diz que se sente insegura, correndo risco, receia que no Brasil falte dinheiro para comprar medicamentos, tem medo de morrer sem UTI. Ela conta que se preocupa com os acordos internacionais, que agora entende as conexões do mundo globalizado, que foi importante também fazer o *Mídia Advocacy* com o Coletivo Leila Diniz. Rosângela quer mais informação.

Quando vemos um município como Solânia ter sua coordenação DST/Aids fechada por vontade do prefeito e implantada a política do “traz na ambulância e solta na capital” ou uma adolescente gestante HIV positiva que morre na estrada, entre as maternidades de um município e outro, e ainda dão a explicação de que ela não queria fazer tratamento, portanto o Estado não tem culpa, temos a certeza de que se não levantarmos a voz, nada muda.

Precisamos de Rosângela bem informada e de Dora Delfino, do Centro de Cidadania, Ação e Interação Solidária (Cais), que não

é HIV positiva, mas é cidadã de um país que precisa de mudanças. Dora entende que a falta de recursos para a saúde como um todo não é real, é uma questão de prioridade. “O Movimento Aids é visível, enquanto outros estão mais acomodados na relação governo–sociedade civil. O Movimento Aids discute OMC, mostra o Brasil nas conexões mundiais, é desse entendimento que precisamos.”

Sabemos que é preciso intensificar a atuação pelo interior, pensar ações de rede, coletivas, para mudar a realidade da saúde como moeda de troca. Uma coisa boa é o grupo de jovens, cerca de 25 pessoas, que sempre participa e promove atividades fora de João Pessoa. Vieram, inclusive, para a nossa jornada *Os Impactos da OMC na Epidemia da Aids*. Este é mais um desafio para quem está na luta há mais tempo: juntar gente nova e empoderada na prática e no discurso.





PERNAMBUCO

Jair Brandão de Moura Filho

ponto focal da Rede Latino-americana de Pessoas Vivendo com HIV/Aids no Brasil e integrante da Gestos/PE; Nielson da Silva Bezerra, Gestos/PE.

Vivemos um momento de velozes transformações sociais, hegemonicamente capitaneadas por aqueles que historicamente têm-se apropriado dos grandes avanços tecnológicos da humanidade. Essas forças têm condicionado o leme da sociedade na direção de um modelo em que se aprofundam a concentração de renda, a mercantilização de vidas humanas e a exploração predatória de nossos recursos naturais. Nesse modelo de sociedade, pessoas são descartadas como se fossem obsoletas, vencidas por um ambiente de vertiginosa competição, onde o principal objetivo é acumular o máximo de riquezas.

Nesse contexto, não interessa que grandes parcelas da população fiquem à margem de condições dignas de vida, afinal, para

o capitalismo, é necessário ouvir prioritariamente as mensagens do progresso, da globalização, do desenvolvimento econômico.

Os que discordam dessa visão de mundo, chamam de agitadores/as ou, ainda, baderneiros/as. Utilizam-se de termos técnicos e conceituais para nos designar, como, por exemplo, Terceiro Setor, com a intenção de nos incorporar nessa aberrante engrenagem, enquadrados como herdeiros das atribuições abandonadas pelo tal Estado mínimo. Tentam nos regular por leis — a exemplo da legislação brasileira, que criou as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) —, com a intenção de nos paralisar. O fato é que querem nos imprimir rótulos ou regras numa tentativa de desmoralizar ou burocratizar nossa atuação.

Ousamos questionar, buscamos nos apropriar teórica e politicamente de nosso tempo, de nosso futuro, apontar outra direção. Nós, que rejeitamos rótulos ou regulação para nos organizar em torno da luta pela vida humana independentemente de gênero, orientação sexual, classe social, raça/etnia, crença religiosa ou localização geográfica, aprendemos a respeitar a vida humana em toda a sua plenitude, em toda a sua di-

versidade, em toda a sua especificidade e, por isso, nos organizamos em torno de nossas lutas, nos atribuímos emblemas que ostentamos com orgulho, pois somos o que queremos ser, e não o que querem nos imputar. Carregamos diversas bandeiras, que trazem em si o signo de um mundo fundamentado nos direitos humanos, econômicos, sociais, culturais e ambientais, concretizados como prioridades absolutas. Somos ativistas de diversas causas, com algumas divergências, com muitas dificuldades, mas com algumas certezas, entre as quais que a vida humana não é comércio.

Nosso principal objetivo tem sido a integração das lutas, com a disseminação de outra visão de mundo, como resposta à chamada globalização. Nesse caminho, surge a alternativa do *Fórum Social Mundial*, com o significativo mote *Um outro Mundo é Possível*. Na esteira dessa ação, temos um importante momento para o Nordeste brasileiro, o projeto *Articulando o Ativismo em Aids no Nordeste*, promovido pelo SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia e o Grupo de Resistência Asa Branca (Grab). Essa ação nos permitiu uma compreensão estrutural das macropolíticas inter-

nacionais e seus rebatimentos em nosso dia-a-dia, seja localmente, seja globalmente. Este artigo, por sinal, é fruto desse projeto e busca sistematizar as consequências dessa formação na prática política dos/as ativistas pernambucanos/as que lutam contra a Aids. Para isso, buscará responder quais as contribuições que o curso permitiu, como essa contribuição se traduziu em mobilização e com quais consequências para o movimento de Aids pernambucano e onde precisamos avançar.

O processo de formação no curso teve uma metodologia centrada no diálogo e na construção coletiva do conhecimento. O compromisso político foi potencializado através da diversidade de aprendizagens, experiências e sentimentos que foram fervilhados durante as oficinas. Os temas desenvolvidos buscaram pavimentar uma linha de raciocínio que partiu da realidade regional (NE) e avançou em busca de sua interface com questões globais, apontando a necessária interlocução entre os diversos movimentos sociais para a construção de pautas estruturais de enfrentamento das macropolíticas construídas no âmbito, principalmente da Organização Mundial do Comércio (OMC).

A partir desses conhecimentos, começamos a fazer algumas reflexões e também algumas discussões para, como ativistas, transformar politicamente a realidade que estamos vivendo em relação às políticas públicas voltadas à saúde, especificamente às de DST/HIV/Aids. Um dos grandes desafios, especialmente para o Movimento de Pessoas Vivendo com HIV e Aids do Brasil, é conseguir priorizar as políticas internacionais e os seus impactos na saúde. Hoje, percebemos que o foco das mobilizações políticas está centrado nas consequências locais dessas macropolíticas. No entanto, sabemos que ou enfrentamos, em escala mundial, a nefasta influência que as grandes indústrias transnacionais têm dado aos acordos discutidos no âmbito da OMC/Banco Mundial/FMI ou se instalará fatalmente a terrível lógica de mercado centrada no poder de consumo de cada cliente (nesse modelo, deixamos de ser pessoas) como o único regulador entre o bem produzido e o acesso ao mesmo. Nesse cenário, o acesso das pessoas à saúde, por exemplo, estaria condicionado ao seu saldo bancário. Por estas razões, precisamos ter uma visão mais global em relação a esses impactos e suas causas em nosso cotidiano, principalmente para as

pessoas vivendo com HIV e Aids.

Temos de ampliar o entendimento da sociedade em geral a respeito de como os acordos feitos na OMC têm violado e reduzido os nossos direitos. A apropriação e o aprofundamento das pautas discutidas nos grandes foros de negociações são essenciais para a manutenção e ampliação dos direitos humanos, econômicos, sociais, culturais e ambientais. Precisamos pensar e traçar estratégias para discutir e conseguir levar as nossas demandas e a nossa fala para dentro desses foros. Para isso, precisamos, antes de tudo, estreitarmos laços de diálogos entre os movimentos, buscando fortalecer a Sociedade Civil Organizada.

A Sociedade Civil Organizada precisa se apropriar dos espaços de representação atualmente ocupados pelos representantes governamentais. Um exemplo recente dessa estratégia aconteceu na Reunião de Alto Nível da Ungass/Aids+5, que foi realizada em junho passado na ONU, onde inicialmente estava prevista uma participação simbólica do Movimento Social Mundial. Houve muita pressão política mundo afora, o resultado foi a maior participação social da história dessa reunião. Tivemos a oportunidade de ter participado desse encontro e podemos afirmar

que os avanços conquistados estariam seriamente comprometidos se a organização popular não estivesse presente.

Nossa participação no curso de ativismo em Aids fez com que vislumbrássemos a realidade de uma forma mais profunda, ampliando nossa capacidade de enfrentamento das dificuldades que encontramos no dia-a-dia. Hoje, compreendemos que os problemas enfrentados pelas pessoas vivendo com HIV e Aids, seja no interior, seja nos grandes centros urbanos, estão intimamente ligados às macropolíticas discutidas no sistema ONU; nos acordos de integração regional e nos acordos bilaterais. Sabemos, portanto, que a falta de medicamentos nos hospitais referência, por exemplo, são ecos da falta total que poderá acontecer se não conseguirmos a quebra de patentes, por exemplo. Até mesmo as legislações nacionais, a exemplo da pactuação bipartite do Sistema Único de Saúde (SUS), são atacadas por gestores que simplesmente não as cumprem, o que faz com que muitas pessoas venham a falecer. Em nossa luta, provocamos a justiça, que é lenta e condescendente com o Estado e com a grande indústria farmacêutica; no entanto, é ágil e dura quando o réu é um/a ativista por direitos ou

uma pessoa com poucos recursos financeiros.

Onde enxergávamos o desrespeito dos direitos de nosso povo, hoje sabemos que esse quadro pode se agravar com os acordos no Gats, que, em última instância, transformaria todo o acesso da população a serviços de saúde e de educação em uma questão de poder de consumo, e não de direitos humanos. Essas idéias têm ganhado força em nosso estado, tanto que estivemos presentes na Ungass+5 representando a sociedade civil brasileira. Isso demonstra como o ativismo fincado no movimento social e fortalecido por projetos, como o *Articulando o Ativismo em Aids no Nordeste*, pode construir alternativas de luta para a construção de um mundo solidário, justo e sustentável.

A *Articulação Aids em Pernambuco* tem buscado se aproximar das macropolíticas internacionais através de suas mobilizações; no entanto, encontramos gestores que desconhecem totalmente essas políticas, servindo, dessa forma, aos interesses transnacionais. A Gestos, em parceria com diversos/as ativistas pernambucanos/as, mobilizou o Fórum Ungass-PE. Nesse encontro, ficou nítida a falta de informações entre gestores das políticas públicas locais de Aids sobre

o encontro que estabeleceu metas planetárias para o enfrentamento da epidemia. E sabemos que o “desconhecimento” é um dos combustíveis do posicionamento “cômodo”, quase sempre alinhado aos interesses dos mais poderosos. Compreendemos o campo público como um espaço de luta, onde devemos, através de nossa participação, impor a execução e formulação de políticas que defendam os interesses de toda a população, sem distinções nem preconceitos. Precisamos, portanto, avançar em encontros, mobilizações, seminários, oficinas e demais formas de disseminar conhecimentos e posicionamentos políticos que apontem na direção do bem coletivo em uma sociedade que inclua todos/as, sem distinção.

A luta por direitos vem sendo atacada em escala mundial, seja pelas manobras para aprovação das macropolíticas discutidas no âmbito da OMC, seja pela onda de fundamentalismo que vem ganhando terreno na sociedade mundial. Esse quadro torna ainda mais urgente a articulação das diversas lutas sociais para enfrentar essas poderosas forças. Nesse sentido, precisamos ampliar a interlocução entre os movimentos sociais tanto política como tecnicamente. Movimentos sociais consolidados

devem buscar contribuir com outros que ainda não se estruturaram, assim como esse projeto tem feito tão exitosamente. Sentimos o Movimento Aids ainda resistente em incorporar atores sociais de comprovado compromisso político com um mundo justo e livre de preconceitos, o que acaba fechando o movimento em si mesmo, dificultando a interlocução com os outros movimentos sociais. Precisamos, portanto, ampliar essa ação, aprimorando a participação e a construção coletiva de um mundo sob o signo de compromissos políticos e éticos que construam a alternativa verdadeiramente solidária, justa e sustentável para todos os seres humanos.





PIAUÍ

Cristiano Silva

Integrante da RNP+ Piauí.

A interiorização e a pauperização da epidemia da Aids é fato no Brasil, e, no Piauí, não é diferente. Além disso, outro fator amplamente conhecido é o aumento progressivo da infecção do HIV em mulheres. O Piauí é um estado de grande extensão territorial, onde os serviços de assistência e tratamento das pessoas vivendo com HIV e Aids centralizam-se na capital, Teresina, o que dificulta todo o acesso. Teresina também concentra a atuação do movimento social organizado no que diz respeito a ativismo em Aids, controle social, cidadania e direitos humanos das pessoas vivendo com HIV e Aids, gays, lésbicas, travestis, mulheres, prostitutas, negros/as e deficientes.

Essa concentração reforça a importância de iniciativas que visem descentralizar os serviços e

fortalecer a sociedade civil organizada para uma atuação no interior do Estado. Há ainda de se refletir sobre a qualidade da assistência ambulatorial, hospitalar e farmacêutica, muito aquém dos padrões desejados. Segundo relatos de usuários, a assistência ambulatorial à pessoa vivendo com HIV e Aids encontra-se com problemas operacionais e institucionais de infraestrutura e recursos humanos.

Na única unidade ambulatorial do Estado para esses casos, nem mesmo prontuário do paciente existe; não obstante haja uma quantidade relevante de médicos especializados em doenças infecciosas, o tempo de espera e a relação médico-paciente são incipientes; a unidade não dispõe de referências para pneumologistas, neurologistas, oftalmologistas, ginecologistas e cirurgões gerais, bem como exames laboratoriais mais complexos, especialmente os de imagem; não existe um Serviço de Atendimento Especializado (SAE), com uma equipe multidisciplinar, apenas dois profissionais, uma assistente social e uma auxiliar de enfermagem. Os usuários queixam-se de que oferece apenas os testes de contagem de CD4 e CD8 e o teste da carga viral; há dificuldade de marcação de consultas dos usuários provenien-

tes do interior; a disponibilização de anti-retrovirais é regular, mas constata-se problemas no fornecimento de outros medicamentos voltados para a profilaxia e o tratamento de doenças oportunistas.

O estigma e a discriminação das pessoas vivendo com HIV e Aids são outros aspectos relatados pelos usuários, principalmente no interior, mas também por parte dos profissionais dos serviços de saúde onde são atendidos, o que favorece um baixo índice de adesão aos medicamentos e ao tratamento e, muitas vezes, o abandono do tratamento.

Todos esses aspectos relatados como fatores negativos em relação à assistência às pessoas vivendo com HIV e Aids no Piauí, também são reflexos das políticas internacionais. Precisamos levar essa discussão para as bases, sobretudo políticas mercantilistas, FMI, Trips e OMC, para que se entenda que a organização dos serviços está diretamente ligada a isso e que o direito à saúde tem uma ligação direta com os direitos humanos.

Após o processo de formação no projeto *Articulando o Ativismo em Aids no Nordeste*, intensificou-se ainda mais a mobilização social através da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (RNP+), do Grupo Matizes, da

ONG Gênero, Mulher, Desenvolvimento e Ação para a Cidadania (Gemdac), do Movimento Cidades PositHIVas e Fórum de ONG/Aids. A participação dessas organizações em instâncias de controle social e outros espaços, como também o diálogo com outros movimentos, tem sido constante. Isso possibilita que experiências, opiniões e pontos de vistas diferentes que expressam a diversidade de realidades sociais, políticas e culturais, identificando grupos mais vulneráveis, sejam levados em conta e reforcem o compromisso de estabelecer estratégias para formular e implementar políticas públicas para prevenção, redução do estigma, assistência e respeito aos direitos humanos.

O desenvolvimento de ações de forma integrada (conforme aprendemos no curso *Ativismo em Aids*), como as palestras *Contribuição à Formação da Sociedade Piauiense, Movimentos Sociais e Aids, Direitos Humanos, Acordos Internacionais (Trips e OMC)* e a oficina *Mídia e Movimentos Sociais*, envolvendo todos os atores, contribuiu para a inserção dos temas de políticas internacionais na agenda dos movimentos sociais.

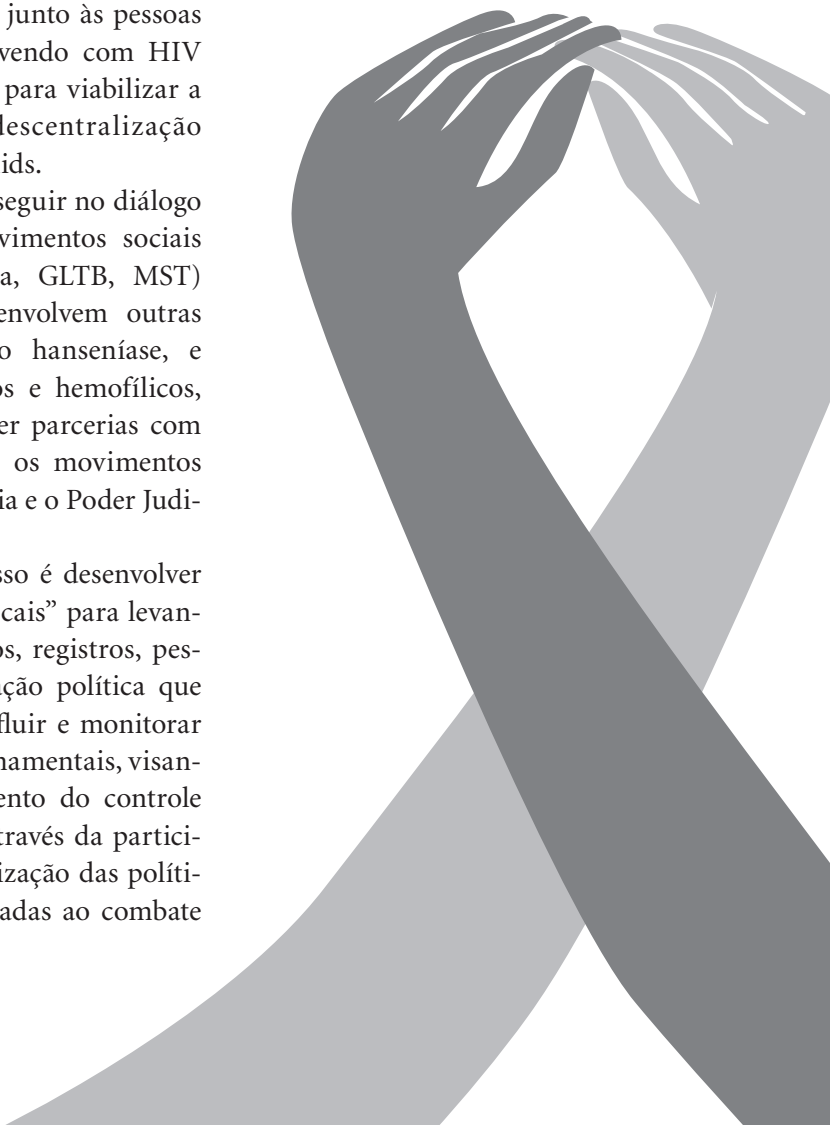
O ativismo em Aids no Nordeste continua. Durante rodada

de diálogo no *Fórum Social Brasileiro*, em 2006, foram discutidas e propostas estratégias que dão seguimento à formação nos Estados, multiplicando e ampliando os debates para persistir na conscientização política junto às ONGs. Decidiu-se também que é fundamental desenvolver atividades educativas junto às pessoas vivendo e convivendo com HIV e Aids, inclusive para viabilizar a interiorização/descentralização do Movimento Aids.

A proposta é seguir no diálogo com outros movimentos sociais (negro, feminista, GLTB, MST) e aqueles que envolvem outras patologias, como hanseníase, e os transplantados e hemofílicos, além de fortalecer parcerias com as assembleias e os movimentos populares, a mídia e o Poder Judiciário.

O compromisso é desenvolver “observatórios locais” para levantamento de dados, registros, pesquisas e articulação política que nos ajudem a influir e monitorar as agendas governamentais, visando o fortalecimento do controle social no SUS, através da participação e da fiscalização das políticas públicas voltadas ao combate ao HIV e à Aids.

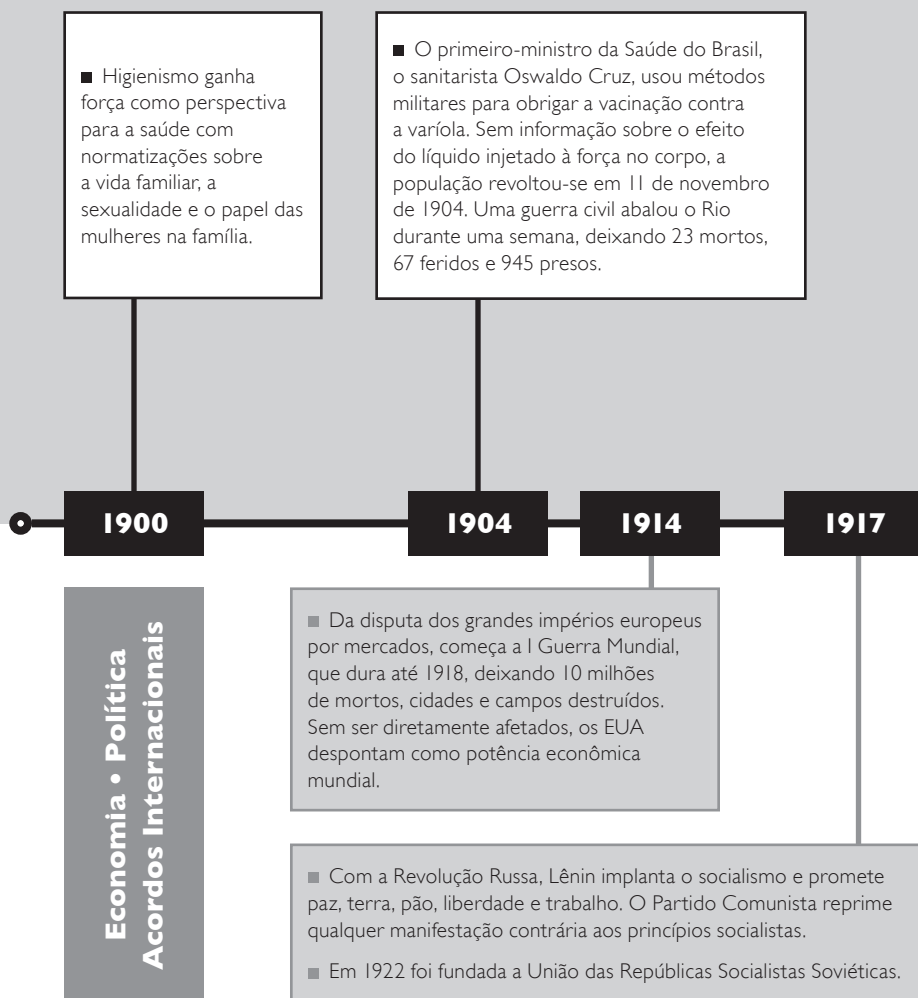
Os/as ativistas afirmam: “Também não deixaremos apagar a chama do Candlelight, que será sempre articulado aos temas políticos do ativismo em Aids, nem a chama da luta contra a privatização dos serviços públicos de saúde e pela defesa do SUS!”.







Alguns Marcos dessa História



■ Política de incentivo à natalidade visando à reprodução de força de trabalho saudável para fazer o Brasil crescer no início de sua industrialização.

1930

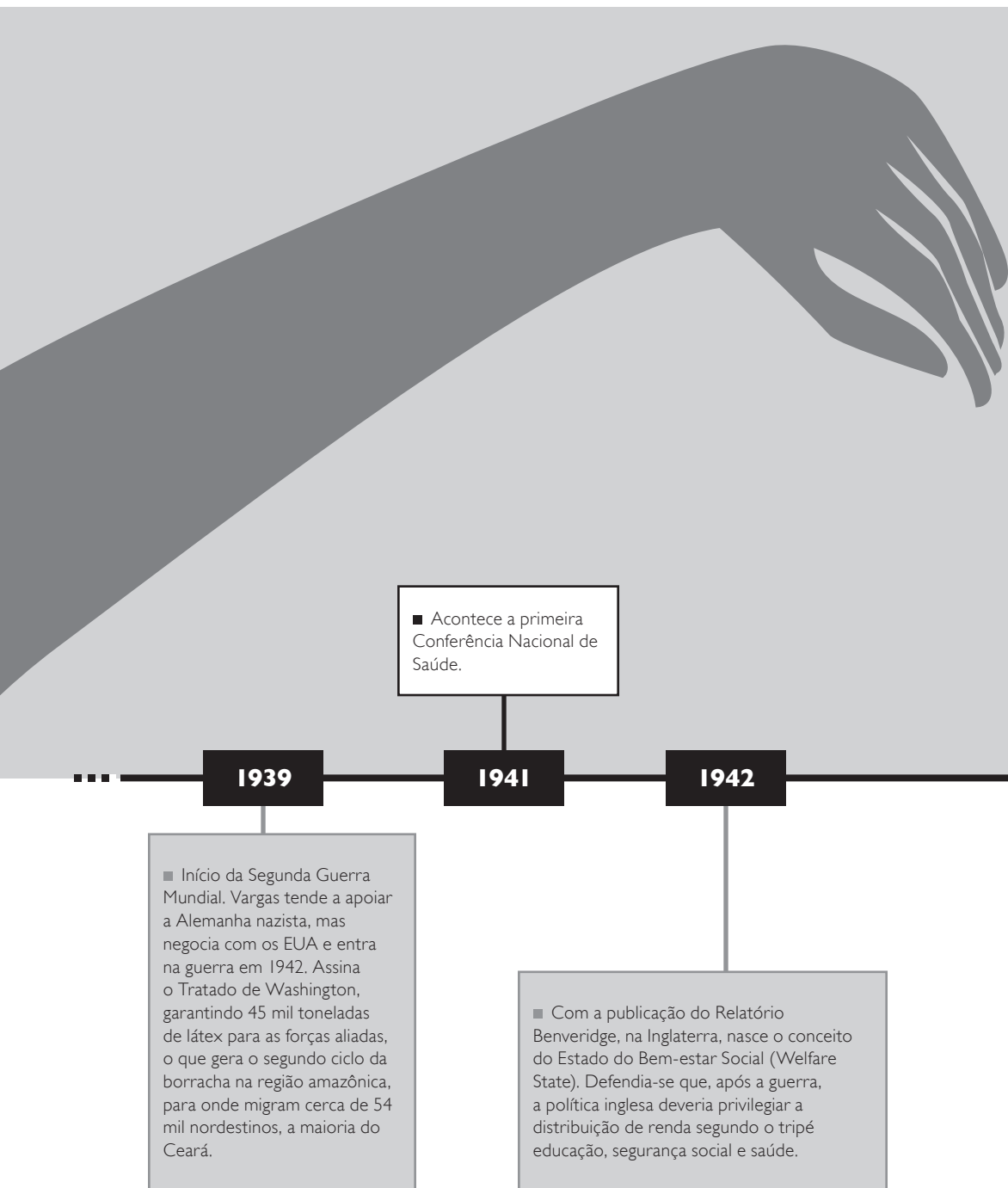
- Iniciada em 1929 a Crise do Capitalismo.
- Gestam-se formas combinadas de liberalismo e social democracia com o objetivo de reconstruir o capitalismo.
- No Brasil, inaugura-se a Era Vargas, quando acontecem avanços na legislação trabalhista que perduram até hoje. São criados os ministérios do Trabalho, Indústria e Comércio, da Educação e da Saúde.
- Vargas derruba a Constituição em 1931.

■ O movimento de mulheres sufragistas conquista o “voto das mulheres”. O governo de Getúlio Vargas promulgou o novo Código Eleitoral pelo Decreto nº 21.076, de 24 de fevereiro, garantindo o direito de voto às mulheres brasileiras.

1932

1934

- Entra em vigor a nova Constituição e o Colégio Eleitoral escolhe o próprio Getúlio Vargas como presidente da República. Nasce a Ação Integralista Brasileira, baseada nos movimentos nazista e fascista, e cresce o Partido Comunista do Brasil, impulsionado pelo sucesso do socialismo na União Soviética.





1944

■ Em plena Segunda Guerra, 730 delegados de 44 países reuniram-se na cidade norte-americana de Bretton Woods para a Conferência Monetária e Financeira das Nações Unidas, visando negociar uma ordem monetária entre Nações-Estado independentes. Dela nasceram o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (Bird) e o Fundo Monetário Internacional (FMI).

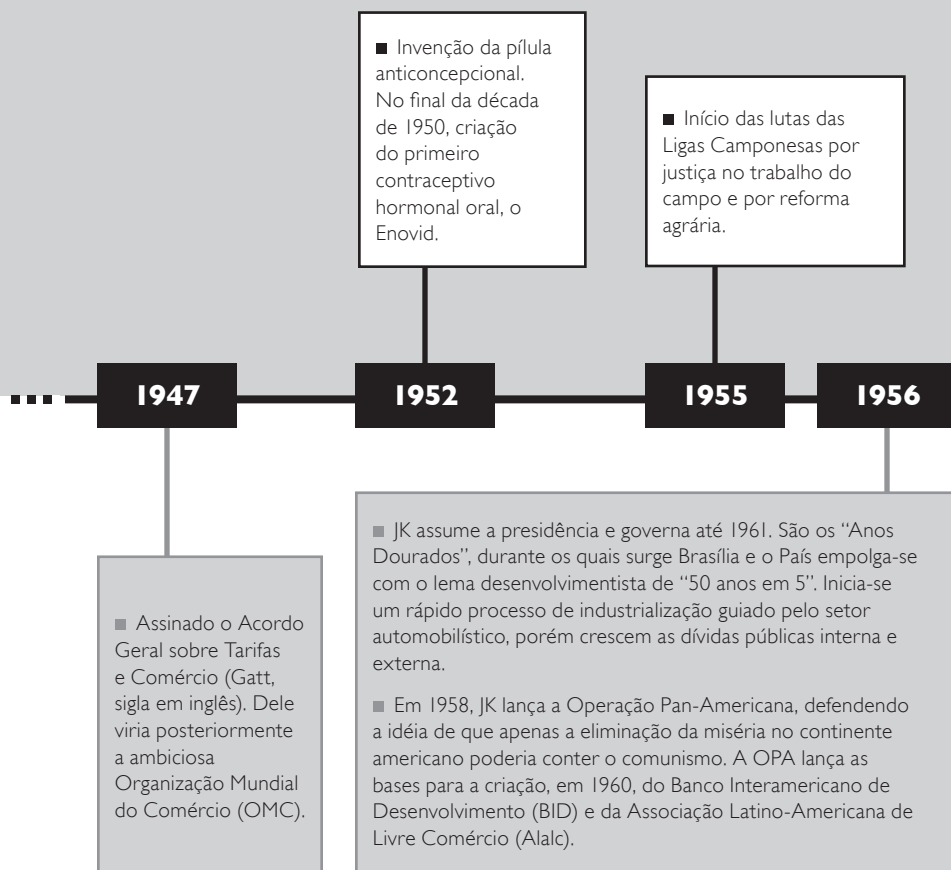
■ Nasce o neoliberalismo, uma veemente reação teórica e política ao Estado de Bem-estar Social.

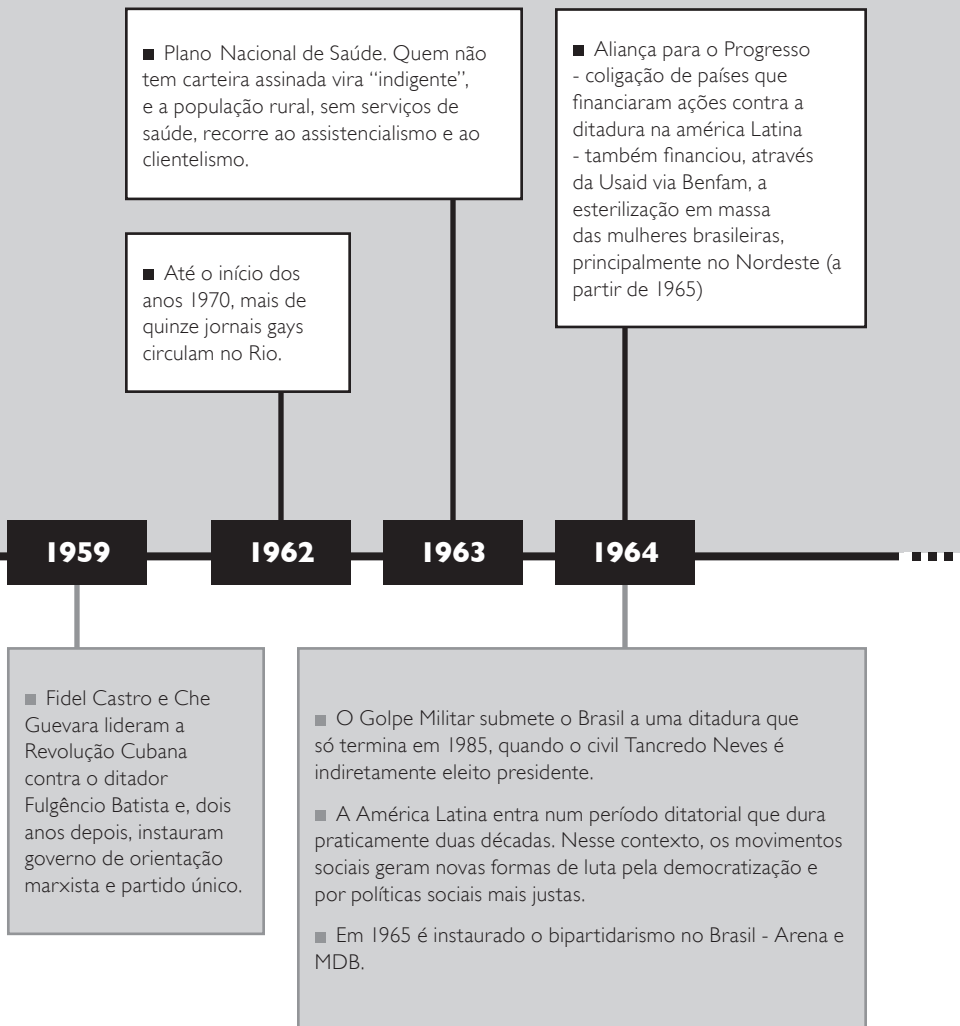
1945

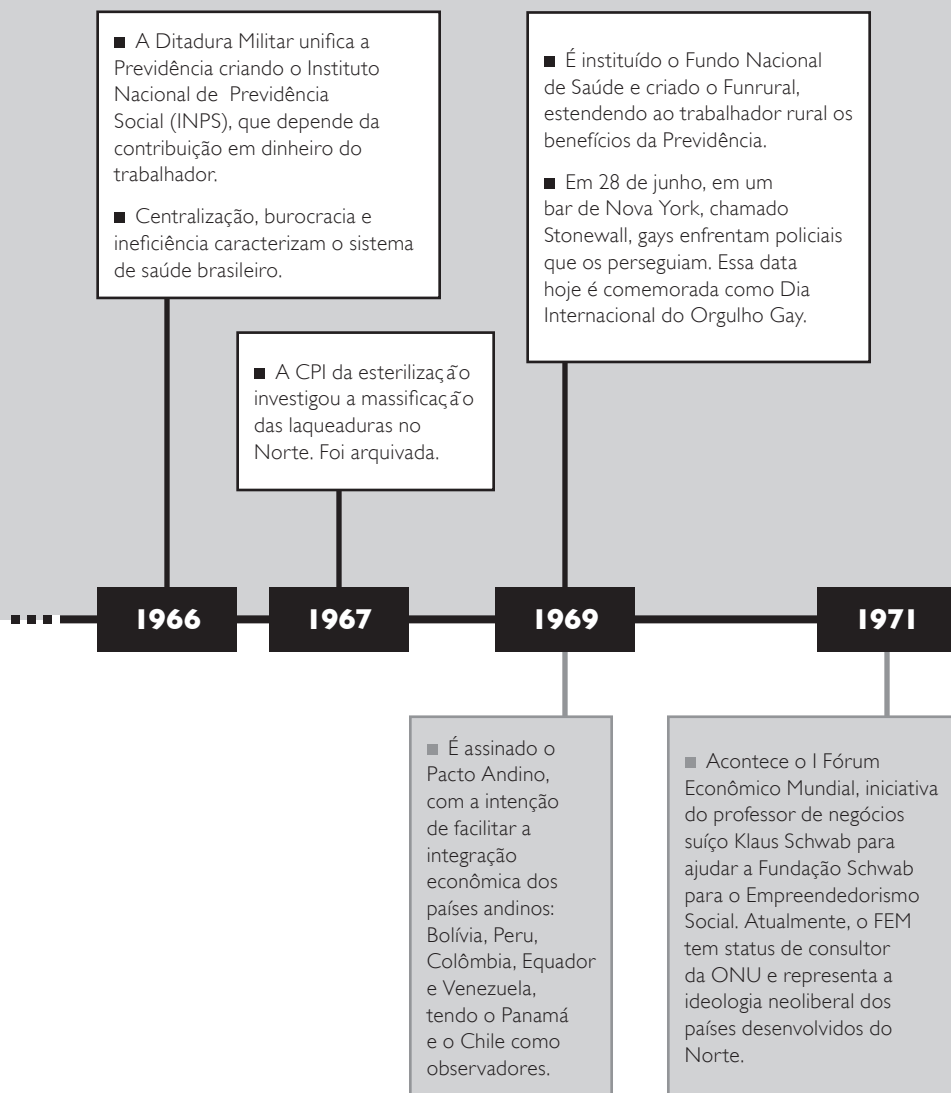
■ Fundada a Organização das Nações Unidas (ONU) por 51 países, cujo objetivo é manejar politicamente os futuros conflitos mundiais, criando estratégias para enfrentar a pobreza e pactuar direitos humanos.

■ Termina a Segunda Guerra Mundial. Acordos e tratados são assinados para manter a paz, consolidam-se as políticas sociais e a utopia dos direitos sociais, instituem-se mecanismos supranacionais de garantia dos direitos humanos, de controle de disputas econômicas e de mercado.

■ O PCB entra na clandestinidade e, com ele, as Ligas Camponesas.







- Conferência sobre população em Bucareste, capital da Romênia, promovida pela ONU; há forte debate entre controlistas e natalistas.

- É criado o Ministério da Previdência e Assistência Social.

- É instituído o Sistema Nacional de Saúde e estabelecido de forma sistêmica o campo de ação na área da saúde, dos setores público e privado, para desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

- Criação do Programa Materno-Infantil (PMI).

- Criação do Inamps. A Lei nº 6.229 institucionaliza o modelo médico-assistencial-privatista.

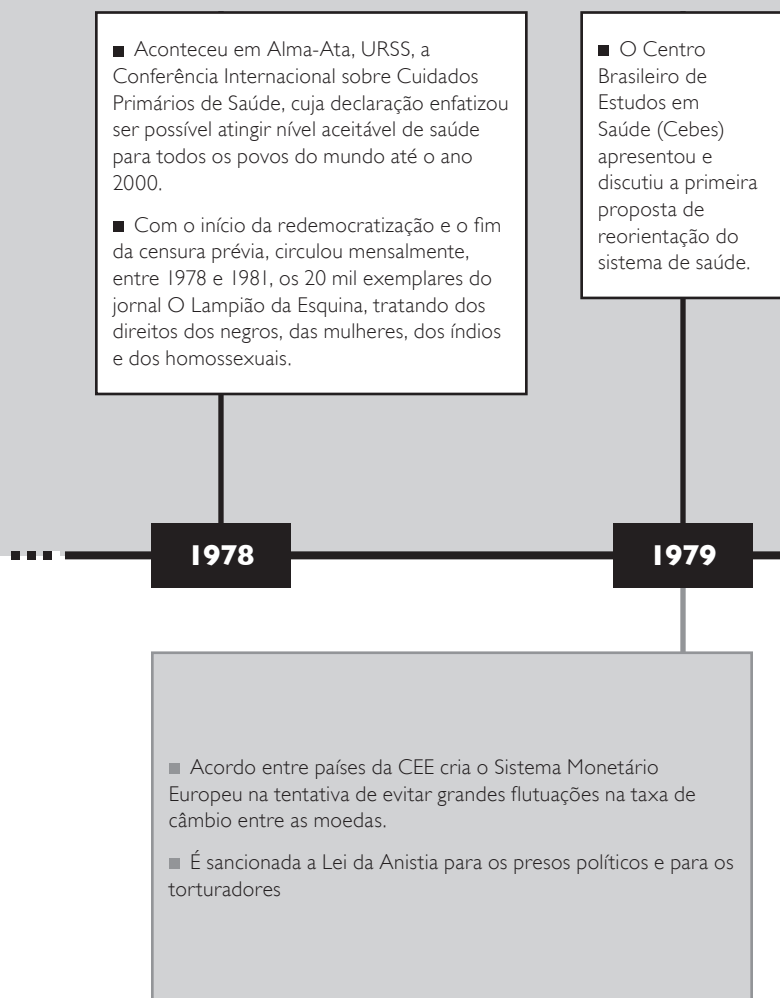
- Em 1977, Decreto-lei reorganiza o Ministério da Saúde, que passou a ter três secretarias nacionais: Vigilância Sanitária, Ações Básicas e Programas Especiais.

1974**1975**

- O jornalista Vladimir Herzog é executado numa cela do DOI-Codi, órgão do 2º Exército, em São Paulo. Onda de protesto na imprensa mundial mobiliza organizações internacionais de direitos humanos que exigem mudanças na América Latina.

- Em 1976, no mesmo DOI-Codi, morre o metalúrgico Manuel Fiel Filho. Nova onda de protestos internacionais.

- Nos “anos de chumbo” o Congresso Nacional é fechado e parlamentares são cassados.



■ O Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC) informa, em publicação anual, uma certa predisposição de alguns setores da comunidade gay (Nova York, Los Angeles, São Francisco e Miami) para múltiplos e complexos casos de doenças sexualmente transmissíveis que passam a ser identificados pela sigla Grid (em inglês, Deficiência Imunológica Relacionada aos Gays).

■ Em 03 de julho, o jornal The New York Times publica matéria sobre o “câncer gay”, reproduzida pelo Jornal do Brasil, em 03 de agosto.

■ Nasce nos EUA a primeira ONG/Aids: Gay Man Health Crisis.

■ Em 11 de dezembro, o jornal O Globo publica a matéria Doença misteriosa leva à morte de homossexuais.

■ Confirmados em São Paulo os primeiros casos de Aids no Brasil.

■ Autoridades sanitárias dos EUA denominam a nova enfermidade de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/Aids).

■ A Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo cria grupo de trabalho para coordenar as atividades de diagnóstico, controle, orientação e tratamento dos casos de Aids. A doença é relatada em 33 países.

■ O Ministério da Saúde publica o pioneiro material Aids: Informações Básicas, reunindo artigos de periódicos internacionais.

■ Morre em junho, em Nova York, aos 31 anos, o costureiro mineiro Marquito. Primeiro caso registrado de brasileiro morto em decorrência do HIV.

1981**1982****1983**

...

- Criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism).
- O Instituto Pasteur, de Paris, isola o vírus HIV, e o governo norte-americano anuncia que o Dr. Robert Gallo, do Instituto Nacional do Câncer, isola um retrovírus que causa a Aids (chamado de HTLV-III).
- A Aids é declarada doença notificável nos EUA, e são fechadas todas as saunas da cidade de São Francisco.
- A travesti Brenda Lee cria o pensionato Palácio das Princesas, primeira casa de apoio para pessoas vivendo com HIV/Aids.
- Morre o paciente zero de Aids: o franco-canadense Gaetan Dugas.
- A hemofilia aparece no Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde como a principal categoria de exposição por via sanguínea e se mantém até 1986.

- Chega ao mercado um teste sorológico de metodologia imunoenzimática, para diagnóstico da infecção pelo HIV que podia ser utilizado para triagem em bancos de sangue. Após um período de conflitos de interesses político-econômicos, esse teste passou a ser usado mundo afora e diminuiu consideravelmente o risco de transmissão transfusional do HIV.
- Ocorre a primeira Conferência Internacional de Aids em Atlanta.
- É relatada no Brasil a primeira ocorrência de transmissão perinatal, em São Paulo.
- O Cardeal Arcebispo do Rio de Janeiro, Dom Eugênio de Araújo Salles, afirma, em programa radiofônico semanal A Voz do Pastor, que a Aids era vingança da natureza.
- A proporção de casos de Aids notificados é de uma mulher infectada para cada 25 homens.
- Disponibilizado o exame Elisa, que detecta a presença de anticorpos para o HIV.

1984

- Movimento nacional pelas Diretas Já!

1985

- O Colégio Eleitoral elege Tancredo Neves (PMDB) presidente da República, que não chega a assumir o cargo, morrendo de infecção generalizada no dia 21 de abril. O vice, José Sarney (PFL), assume.

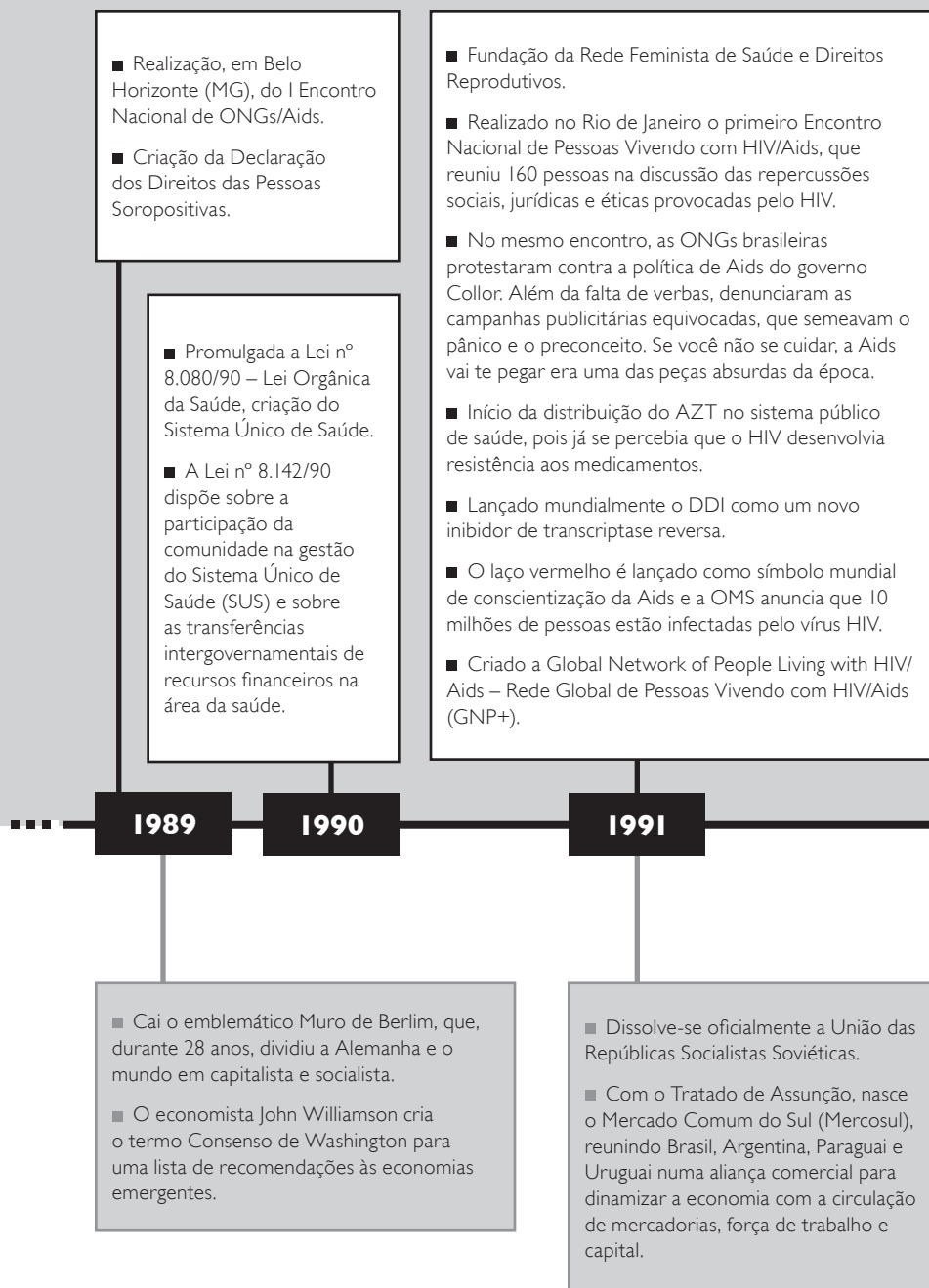
- A OMS lança estratégia global de combate à Aids e aprova-se o uso do AZT. Um comitê internacional avalia e declara que LAV e HTLV-III são um mesmo vírus. Um novo nome é dado: HIV (Human Immunodeficiency Virus).
- Criação, em abril, da Comissão de Assessoramento em Aids (Portaria nº 199/GM, publicada no Diário Oficial da União, de 28 de Abril de 1986, Seção I), atual Comissão Nacional de Aids (Cn aids).
- A Aids passa a ser doença de notificação compulsória (Portaria Ministerial nº 542/86).
- Realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que pactua com o Sistema Único de Saúde (SUS).

- A OMS institui o 1º de dezembro como o Dia Mundial da Aids, com o tema Junte-se ao Esforço Mundial.
- Criação do Programa Nacional de Aids no âmbito do Ministério da Saúde.
- O Congresso Nacional aprova a Lei nº 7.670, que estende às pessoas que vivem com HIV/Aids os benefícios já previstos para os portadores de doenças incapacitantes ou terminais, como levantamento do FGTS, auxílio-doença, pensão e aposentadoria sem período de carência.
- Cria-se o Sistema Único de Saúde, através do qual tem início a distribuição de medicamentos para infecções oportunistas.
- Primeira campanha do Programa Nacional de Aids, com a chamada: "Quem vê cara não vê Aids", lançada para o Carnaval.

- Ao redor do mundo, 62.811 casos em 127 países já tinham sido oficialmente reportados pela OMS.
- O AZT começa a ser comercializado nos EUA.

1986**1987****1988** ...

- Promulgada a "Constituição Cidadã" (termo cunhado pelo constituinte Ulysses Guimarães), que buscou garantir direitos humanos e sociais e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos pés do tripé da seguridade social, junto com a previdência e a assistência social. Definiu também a tortura como crime inafiançável e criou dispositivos para bloquear golpes como o de 1964.



- Aprovado o uso do AZT com DDC para pacientes adultos com infecção avançada.
- Criada a Internacional Community of Women Living With HIV/Aids (ICW).
- O Conselho Federal de Medicina editou resolução proibindo a realização compulsória de exames para detecção de HIV e impediu o médico de revelar a sorologia sem autorização prévia do paciente.
- A proporção de casos de Aids notificados é de uma mulher infectada para cada quatro homens.

- Mais de 3,7 milhões de infecções ocorrem mundialmente.
- Assinatura do primeiro acordo de empréstimo com o Banco Mundial para o Projeto de Controle da Aids e DST, conhecido como o Aids I.
- É lançado no Brasil o livro *A Tripla Ameaça: Mulheres e Aids*. Primeira publicação destinada a essa população.
- No Rio de Janeiro, é promovido o primeiro Encontro Nacional de Travestis e Liberados, que, com a progressiva adesão dos grupos organizados e de liderança ao longo dos anos, possibilita maior divulgação e discussão de temas associados à cidadania, saúde e prevenção a DSTs/Aids para esse segmento populacional.
- O AZT começa a ser fabricado no Brasil por um laboratório privado e o DDI começa a ser distribuído nos serviços públicos de saúde.

1992**1993**

- Inicia-se a rodada de negociações internacionais multilaterais do Gatt, conhecida como Rodada do Uruguai, que resultou em 1995 na criação da OMC.
- Movimento pelo Impeachment do então presidente Collor.

■ Passou a ser estudado o "coquetel", um grupo de drogas com potente efeito antiviral isoladamente ou em associação com drogas do grupo do AZT. Ocorreu um estado de euforia, chegando-se a falar na cura da Aids. Entretanto, logo se percebeu que o tratamento combinado (coquetel) não eliminava o vírus do organismo dos pacientes.

■ É criado o Unaid, integrado pelo Banco Mundial por cinco agências de cooperação de membros da ONU (Unicef, Unesco, Unfpa, OMS, e UNDP), com o objetivo de defender e garantir uma ação global para a prevenção do HIV/Aids.

■ Criação da Rede Nacional de Pessoas HIV+ (RNP+).

■ Acontece a Conferência Mundial da ONU sobre os Direitos Humanos, em Viena, Áustria, e a Conferência da ONU sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, Egito.

■ Aprovado o uso do saquinavir, a primeira droga de um novo grupo, anti-retroviral, de inibidores de protease.

■ Lançados os medicamentos d4T e 3TC.

■ Acontece a Conferência Mundial da ONU sobre as Mulheres, em Pequim, China, trazendo ganhos relevantes para os direitos reprodutivos e direitos sexuais.

1994

■ Entra em vigor o Tratado Norte-americano de Livre Comércio (Nafta, sigla em inglês), reunindo EUA, Canadá e México e propondo prazo de quinze anos para total eliminação das barreiras alfandegárias. O Nafta é aberto a todos os países da América do Sul e da América Central, mas também alvo de críticas: há quem o considere benéfico para a economia mexicana e há quem veja o México e o Canadá transformados em colônia dos EUA.

1995

■ O Mercosul transforma-se em zona aduaneira única, o que significa que todos os quatro integrantes passam a cobrar as mesmas alíquotas de importação dos demais países.

■ Criada a Organização Mundial do Comércio (OMC). São 125 países, incluindo a União Européia como membro único. Para aderirem à OMC, os países acordaram incluir serviços e propriedade intelectual.

■ Movimentos antiglobalização passam a combater a mundialização e todas as tentativas de criação de blocos e negociações entre os países alinhados ao imperialismo americano e europeu.

- Realizada em Vancouver, Canadá, a XI Conferência Internacional de Aids, na qual são anunciados os coquetéis triplos, incluindo inibidores de protease que impedem a replicação do HIV.

- Estabelecidas as diretrizes para uso de medicamentos para a Aids.

- A Lei nº 9.313, de 13 de novembro, garante a distribuição gratuita, pelo sistema público de saúde, de medicamentos para pessoas com HIV/Aids, ao custo de 34 milhões de dólares.

1996

- É assinada, em 14 de maio, a Lei nº 9.279, de Propriedade Industrial, que coloca a legislação brasileira em concordância com a Trips (Trade-related Aspects of Intellectual Property Rights).

- Morre Herbert de Souza, o Betinho, fundador da ONG Abia, portador do HIV, vítima de hepatite C.

- A Assembleia Legislativa de São Paulo aprova a primeira lei de Redução de Danos do País, prevendo a distribuição e a troca de seringas como estratégia de política pública de saúde.

- O Brasil começa a produzir ddC e d4T (distribuído pelo sistema público de saúde).

- O Ministério da Saúde gasta 224 milhões de dólares com ARVs e atende 35.900 pessoas.

- A proporção de casos de Aids notificada é de uma mulher infectada para cada dois homens.

1997

■ Assinatura, em dezembro, do acordo de empréstimo com o Banco Mundial para o Segundo Projeto de Controle da Aids e DST, conhecido como Aids II.

■ O sistema público de saúde inicia a distribuição de nelfinavir, nevirapina e delarvidina.

■ Cientistas registram a imagem da estrutura cristalina da proteína gp120 do vírus da Aids, usada por ele para entrar nas células do sistema imunológico atacadas pelo HIV.

■ Inicia-se, nos EUA, o primeiro teste em humanos de uma vacina anti-Aids.

■ Laboratórios multinacionais processam o governo da África do Sul, que havia aprovado uma lei que permitia ao País comprar medicamentos genéricos mais baratos para a Aids.

■ Manifestação nacional, em setembro, por organizações da sociedade civil com atividades em HIV/Aids, pedindo liberação de recursos financeiros para compra de medicamentos para a Aids, comprometida por conta da desvalorização cambial.

■ Início da distribuição do efavirenz.

■ O Decreto Presidencial nº 3.201, de 6 de outubro, "dispõe sobre a concessão de ofício de licença compulsória nos casos de emergência nacional e de interesse público de que trata o art. 71 da Lei nº 1679279, de maio de 1996".

■ O Ministério da Saúde gasta 336 milhões de dólares com ARVs e atende 73 mil pessoas.

■ O Governo Federal divulga que o programa de acesso universal à terapia anti-retroviral reduziu em mais de 50% o número de mortes e em quase 80% a ocorrência de doenças oportunistas no País. O efeito deveu-se à produção de medicamentos nacionais, similares de marca, muito mais baratos.

■ A Unaid estima que 33 milhões de pessoas, em todo o mundo, estão vivendo com HIV/Aids.

1998

1999

- O Conselho de Segurança da ONU aprova a Resolução 1308 (2000), que coloca a Aids como uma questão de segurança global.
- Ameaça, pelo Ministério da Fazenda, de cortes financeiros que poderiam afetar o programa de Aids, foi motivo de protestos das ONGs em todo o País.
- Início da produção nacional de indinavir e nevirapina.
- O Ministério da Saúde estima que entre 1997 e 2000, por conta da utilização dos ARVs, o SUS poupou 677 milhões de dólares em internação e tratamento de infecções oportunistas em pessoas com HIV/Aids.
- Cresce a preocupação sobre os efeitos colaterais dos medicamentos anti-retrovirais.

2000

- Em fevereiro, o ministro da saúde, José Serra, ameaça quebrar a patente dos medicamentos nelfinavir, fabricado pela Roche, e efavirenz, fabricado pela Merck.
- Durante o XI Enong, é realizado protesto, em frente ao consulado norte-americano, no Recife, com a participação de mais de 250 organizações pedindo quebra de patentes dos ARVs.
- O laboratório Roche faz acordo com o Ministério da Saúde e evita o licenciamento compulsório do nelfinavir.
- A 57ª Sessão da Comissão de Direitos Humanos da ONU aprova a Resolução 2001/33 intitulada Acesso a Medicamentos no Contexto de Pandemias como o HIV/Aids.
- Realizada a Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU sobre HIV/Aids (Ungass) e mencionado que 90% dos casos de Aids estão nos países subdesenvolvidos.
- A Organização Internacional do Trabalho lança um código de condutas relacionado à Aids para empresários, governos e trabalhadores.
- Acontece em Porto Alegre o I Fórum Social Mundial com a mensagem de que "Um outro mundo é possível".

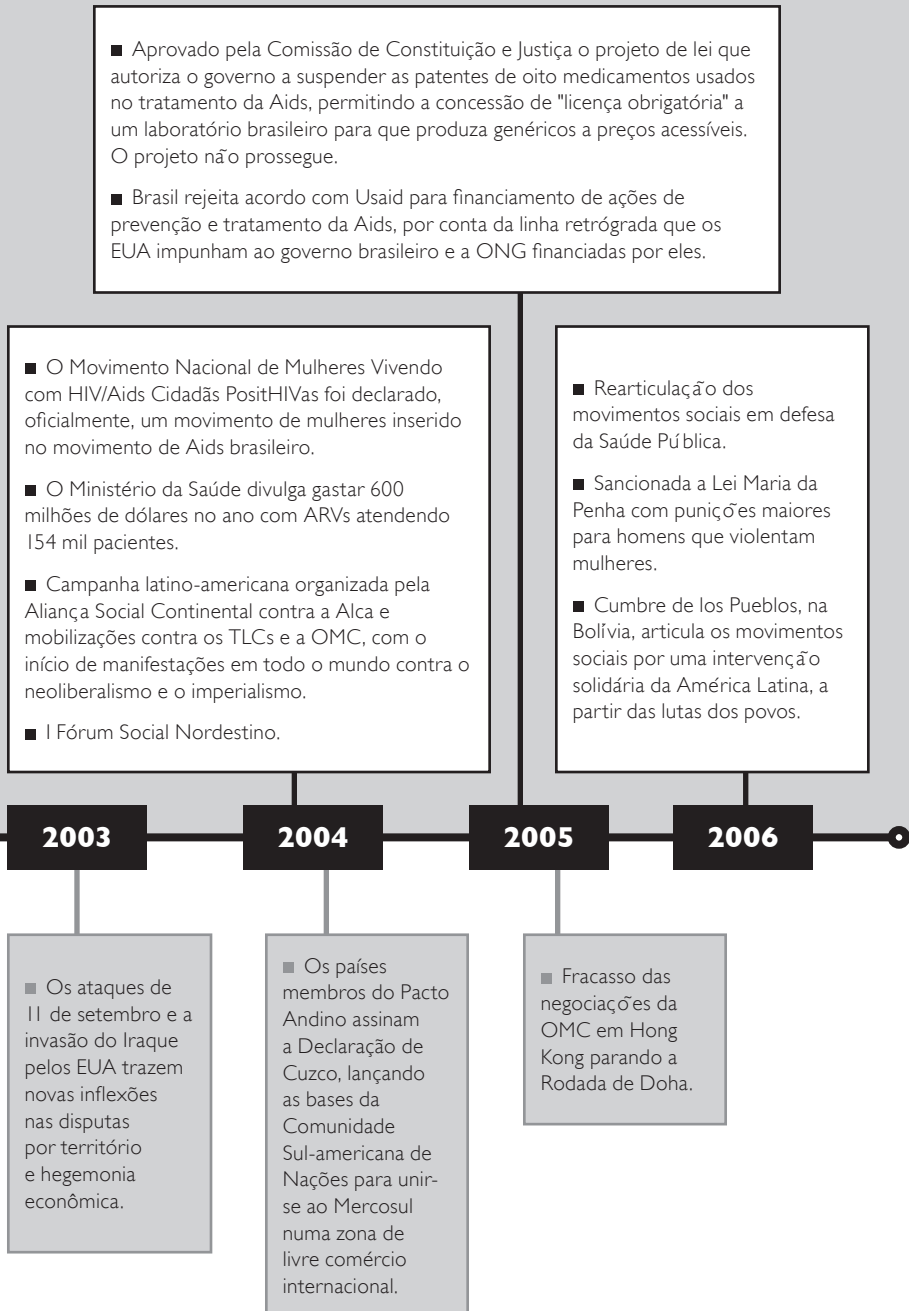
2001

- A OMC aceita o pedido dos EUA de abertura de um painel contra o Brasil. Os EUA questionam a lei de Propriedade Industrial Brasileira (Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1999), tendo, como principal motivo, a produção nacional de ARVs. Os EUA decidem retirar a queixa.
- Na Reunião Ministerial da OMC, realizada em Doha, Catar, é aprovada declaração que torna possível, em situações de emergência nacional em saúde pública, a aplicação do licenciamento compulsório.

- É criado o Fundo Global de Luta contra Aids, Tuberculose e Malária.
- Em relatório que indica que a epidemia de Aids apenas engatinha, a ONU diz que a síndrome vai matar 70 milhões de pessoas nos próximos vinte anos, principalmente na África, a menos que países ricos cooperem com os esforços para conter a disseminação.

2002

- Plebiscito Popular – NÃO À ALCA
- Uma ampla coalizão de centro-esquerda elege o primeiro presidente do Brasil oriundo das forças trabalhadoras — Luiz Inácio Lula da Silva.



REMÉDIOS
E VACINAS
QUESTÃO DE SAÚDE
PÚBLICA E NÃO
DE PROPRIEDADE
INTELECTUAL
PRIVADA !

AFLITO
ALCA?
amos decidir
junt@s ?!

ARTICULANDO O ATIVISMO

Para entender

Liberalismo: O principal teórico é Adam Smith, 1776. A tese é de que o crescimento econômico é a função da divisão internacional do trabalho, que depende da escala dos mercados interno e externo. O livre-comércio entre países é fundamental para manter esse princípio.

Fordismo: O modelo fordista de produção começou a ser implementado no início do século 20 na indústria de automóveis do americano Henry Ford, mais precisamente no ano de 1914. Esse modelo é caracterizado pela produção em massa de produtos e pela fragmentação do processo de trabalho: cada trabalhador/a passa a desenvolver uma tarefa específica no interior da fábrica. A esse modelo de produção fordista, irá acrescentar-se, para aprimorá-lo, a racionalização do processo de trabalho proposta por Friedrich Taylor nos termos de uma gerência científica da produção (controle do tempo e movimento dos trabalhadores/as, de forma a estabelecer o tempo exato necessário para a realização de determinada tarefa para aumentar a produtividade pela redução ou mesmo pela eliminação do tempo morto na produção das mercadorias). Esse modelo de produção expande-se para as indústrias pelo fordismo-taylorismo, e estas exigem, por sua vez, um extenso mercado consumidor desses produtos. Por meio de recompensas salariais — que também são vistas como impulsionadoras da produtividade — e das políticas salariais indiretas, levadas a efeito pelo Estado de bem-estar social e pelas empresas, esse padrão de acumulação fornece as condições de possibilidade de uma massa de trabalhadores/as com poder de consumo e cotidianamente incitados a consumir.

Modelo Keynesiano: Modelo baseado nas idéias de John Maynard Keynes sobre o bom funcionamento da economia. Estabelece a necessidade de plena oferta de emprego e condições de trabalho para que todos mantenham o padrão de consumo. Para isso, teoriza que é preciso ter amplo emprego e garantias do Estado para prover acesso a políticas sociais, ampliando o alcance a direitos sociais, políticos e civis. A participação política é desejada como modo de mediação.

Welfare State, o Estado de bem-estar: Nesse modelo, o Estado é responsável pela garantia de efetivação dos direitos sociais, com políticas públicas universalistas e redistributivas de proteção social. No entanto, o *Welfare State* é um padrão de financiamento público da economia capitalista, financiando o acúmulo do capital e da reprodução da força do trabalho.

Direitos: Concepção de direito a ter direitos, não se limitando a conquistas legais e formais. Para Evelino Dagnino, a disputa histórica é pela afirmação do direito à autonomia (como exemplo, sobre o próprio corpo), à proteção ambiental, que, ao contrário da concepção liberal, não se vincula a uma estratégia da classe dominante. Não se trata de integração e inserção, trata-se da constituição de sujeitos sociais ativos, na qual a consciência do direito, a luta e a participação por sua efetivação são fundamentais. Essa abordagem também amplia a noção de política para o espaço do privado. As questões privadas são tratadas como de interesse da esfera pública.

Neoliberalismo: O neoliberalismo nasce após a Segunda Guerra Mundial, na Europa ocidental e na América do Norte. Ele traduz uma reação teórica e política veemente contra o intervencionismo estatal e o Estado de Bem-estar Social. O estatuto fundador do neoliberalismo é a publicação *Caminho da Servidão*, em 1944, do inglês Friedrich August von Hayek. Resumo do pensamento: apesar das boas intenções, a social-democracia moderada inglesa conduz ao mesmo desastre que o nazismo alemão, à servidão moderna (ANDERSON, 1994). Para Hayek, as políticas inspiradas em Keynes e Beveridge, de intervenção estatal, para amortizar as recessões e a redistribuição social são uma doença que alterou, desastrosamente, o curso normal da acumulação do capital e do livre funcionamento do mercado. Segundo essa teoria, o crescimento viria naturalmente quando fosse alcançada a estabilidade monetária e quando fossem reativados os principais incentivos (limitação dos encargos sociais, desregulamentação das relações de trabalho, etc.). Com o neoliberalismo os direitos sociais não estão garantidos, os/as cidadãos/ãs passam a ser consumidores/as.

Consenso de Washington (1989): Série de medidas cambiais e de controle do Estado para reduzir o déficit interno e controlar o processo inflacionário. O consenso preconiza princípios de privatização, controle fiscal e focalização para enxugar o tamanho da intervenção do Estado, conformando, assim, o modelo neoliberal.

Globalização: A globalização econômica é sustentada pelo consenso neoliberal, que subordina os Estados nacionais às agências multilaterais como o Banco Mundial (BM), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Organização Mundial do Comércio (OMC). O território continua existindo, as normas públicas que o regem são da alçada nacional, ainda que as forças mais ativas do seu dinamismo atual tenham origem externa.

Instituições Financeiras Multinacionais/Mecanismos Internacionais de Controle

Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BM) – Criados em 1944, na *Conferência de Bretton Woods*, como resultado de um acordo de cooperação e de negociação da dívida de guerra entre a Inglaterra e os Estados Unidos. Inicialmente, atuam no pós-guerra, depois dirigem sua estrutura e seu ideário para custear o “desenvolvimento” dos países do Sul — o FMI, com o papel de custear a recuperação econômica; e o BM, enfrentando a pobreza com estratégias de implantar planejamento familiar, serviços sociais básicos, separando saúde/previdência/assistência e apoiando as privatizações.

Organização das Nações Unidas (ONU) – Criada no início dos anos 1940, no pós-guerra, com a finalidade de manejar politicamente os futuros conflitos mundiais. Para isso, criou estratégias para enfrentar a pobreza e pactuar direitos humanos.

Organização Mundial do Comércio (OMC) – Criada em 1994, em Marrakesh, como resultado da reunião do Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio (Gatt), criado em 1947, finalizando a *Rodada do Uruguai* (iniciada em 1986). A criação da OMC dá consequência aos compromissos assumidos até então pelo Gatt, aprofundando a ideologia do livre-comércio. Sua principal característica é a administração e fiscalização de acordos mundiais e o estabelecimento de mecanismos de controle, como o de solução de controvérsias internacionais, ampliando sua abrangência para áreas como investimentos, serviços e propriedade intelectual e alterando sobremaneira a legislação e os mecanismos de proteção e soberania dos Estados. Objetivos: abertura de mercados, fim de barreiras alfandegárias, diminuição de taxaço, proteção de propriedade intelectual para os países

industrializados. A criação da OMC amplia o poder de regular os acordos de comércio, entre outros, envolvendo o setor de serviços — Acordo Geral sobre Comércio e Serviços (Gats); a propriedade intelectual — Tratado Relativo ao Direito de Propriedade Intelectual (Trips); e investimentos — Acordo sobre Medidas de Investimentos Relacionadas ao Comércio (Trims), que não constavam do Gatt.

Acordo Trips – Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio. É um acordo multilateral no âmbito da OMC.

Trips Plus – Dispositivos mais restritivos que protegem os direitos dos detentores da propriedade intelectual e dificultam o uso das flexibilidades previstas no acordo Trips. Tais dispositivos estão incorporados nos Tratados de Livre Comércio (TCLs).

Declaração de Doha – Traz um acordo sobre o Trips e a saúde pública, no qual os direitos de propriedade intelectual não podem se sobrepôr às necessidades de proteção da saúde pública. Tal consenso foi assinado em 2001, na *IV Conferência Ministerial da OMC*, realizada em Doha, no Catar.

Tratados de Livre Comércio (TLCs) – São firmados entre países com o objetivo de estabelecer o livre-comércio entre eles, o que significa a abertura dos mercados para livre (e desigual) concorrência entre os países, a quebra de barreiras alfandegárias.

Acordo de Livre Comércio da América do Norte (Nafta) – Acordo firmado entre os Estados Unidos da América, o Canadá e o México. Assinado em 1992, regulou o comércio e os investimentos e flexibilizou o mercado. Seu principal impacto está no capítulo 11, que trata de proteções jurídicas para as empresas por meio de tribunais privados internacionais. Dez anos depois, mostrou-se insuficiente segundo avaliação do FMI e do BM. Criou-se o Nafta Plus, aprofundando a regulação em setores como energia, financeiro, transporte, infra-estrutura e segurança.

União Européia (EU) – Fundada em 1957, foi inicialmente chamada de Comunidade Econômica Européia (CEE) e incluía o Benelux (união entre Bélgica, Holanda e Luxemburgo, formada em 1944). Em 1968,

união aduaneira. Em 1979, sistema monetário europeu. Em 1992, União Européia, com integração econômica e política. Em 1999, moeda única. Em 2005, foi negada a constituinte única. Tem o objetivo de consolidar um bloco político e econômico, criando o conceito de *cidadão europeu*.

Comunidade do Caribe (Caricom) – Assinado inicialmente em 1968 como Carifta, agrupando Barbados, Belize, Guiana, Jamaica, Trinidad e Tobago. Cooperação econômica e política para um mercado comum do Caribe oriental, hoje com catorze países. Relaciona-se com outros grupos de cooperação da América Latina.

Área de Livre Comércio das Américas (Alca) – Inicia como Alalc (1960) para o mercado regional multilateral. Como Aladi (1980), mercado comum; com ênfase bilateral com o princípio da não reciprocidade. Em 1994, é proposta a Alca para o livre-comércio das Américas.

Mercado Comum do Sul (Mercosul) – É um mercado comum, união aduaneira. Iniciou em 1992 e teve revisão em 1994.

Acordo de Livre Comércio da América Central (Cafta) – Acordo de comércio da América Central, recentemente fez acordo com o Nafta para serviços e investimentos.

Pacto Andino – Acordo de integração em 1969. Em 1992, zona de livre-comércio; e, em 1994, tarifa interna comum.



SAUDE NÃO É COM

Pelo aquebra de patentes dos rem
de ONG / Aída

Articulando o Ativismo em Aids no Nordeste

Data: 20 a 27/08/05

Local: Itamaracá/PE

Coordenação e facilitação: Solange Rocha e Alexandre Joca

Secretaria: Josefa Silva

Dia 20

Chegada

14h00

Apresentação

Objetivo

Contato Facilitador

Alexandre/GRAB

16h30 - Palestra/debate

Contextualizando o NE

Facilitadora

Solange Rocha/SOS CORPO

Dia 21

9h00 - Lutas Sociais no Nordeste

Construindo as referências do

grupo

Facilitadora

Carmen Silva/SOS CORPO

14h00 - Movimento Social o que é

isso? Significado das lutas no atual

contexto

Facilitadora

Carmen Silva/SOS CORPO

Dia 22

9h00 - Construção de direitos

Facilitadora

Maria Mércia/ Movimento de

Direitos Humanos

14h00 - Estados Nacionais e

relações internacionais: Blocos e mecanismos de controle

Facilitadora

Taciana Gouveia/ABONG

Dia 23

9h00 - Sistema ONU e

Conferências

Facilitadora

Alessandra Nilo/Gestos

14h00 - Ajuste estrutural/

Acordos, OMC e ALCA

Facilitadora

Solange Rocha/SOS CORPO

Dia 24

9h00 - FOLGA

14h00: - SUS e mecanismos de controle

FacilitadoraMaria do Socorro
Terra Azul - CE**Dia 25**

9h00 - GATS

Reforma da Saúde

Facilitadora

Solange Rocha/SOS CORPO

14h00 - TRIPS

Patentes

Medicamentos

Facilitadora

Solange Rocha/SOS CORPO

Dia 269h00 - Plano de trabalho para mobilizações/ Jornadas
Plano de trabalho para mobilizações/ Jornadas**Facilitador**

Alexandre Joca/GRAB

17h00 - Apresentação dos Planos

Dia 27

9h00 - Avaliação e finalização.

Facilitadores

Solange e Alexandre

ESTADO/JORNADAS	
Maranhão	Articulando o ativismo no Maranhão “Saúde não tem preço”
Piauí	O avanço da Epidemia da Aids no mundo: O que o Piauí tem a ver com isso?
Ceará	Perspectivas contemporâneas de combate a epidemia da Aids no mundo e no Ceará.
Paraíba	Ativismo em Aids e políticas Internacionais – OMC e ALCA
Rio Grande do Norte	Ativismo e Aids no Rio Grande do Norte
Pernambuco	Saúde não tem preço: Acesso ao Tratamento é um Direito
Alagoas	Ativismo em Aids nas políticas públicas
Bahia	1ª Jornada Baiana em Macro-políticas e Aids.

SELECIONADOS

	Nome	Instituição
AL	Eulina Ferreira Silva Neta Rêgo	Pró-Mulher
AL	José Igo do Nascimento	Grupo Gay de Alagoas
BA	Marcos Macedo de Oliveira	RNP+ - BA
BA	Moisés Loguinho Toniolo de Souza	RNP+ BA
BA	Rosária Piriz Rodriguez	RNP+ - BA
BA	Rosemary Gomes da Silveira	Grupo Palavra de Mulher
CE	Mirtes Brigida Machado	Associação de Voluntários do Hospital São José - Projeto Buddy Sol - GRAB
CE	Adriano Henrique Caetano Costa	Grupo de Resistência Asa Branca - GRAB
CE	Francisco Carlucio Gomes Albuquerque	Rede Nacional de Pessoas Convivendo com HIV / AIDS - Núcleo Ceará
CE	Maria de Jesus e Silva Chagas	Centro de Assessoria à Adolescência
CE	Regina Cláudia Barroso Cavalcante	Grupo de Apoio a Prevenção à Aids (GAPA-CE)
MA	Benedito de Sousa Guilhon Filho	Grupo Gayvota
MA	José Ribamar Barros Patricio	Fórum ONGs AIDS do Maranhão
MA	Wendel Alencar de Oliveira	RNP+ - MA
PB	Elaine Mauricio Bezerra	Centro da Mulher 8 de Março
PB	Verônica Lourenço da Silva	Organização de Mulheres Negras na Paraíba - Bamidelê
PE	Luizabeth de Araujo Amorim	Grupo Cactus
PE	Nielson da Silva Bezerra	Gestos
PE	Francisca Nunes da Costa	Grupo de Mulheres Jurema
PE	Jair Brandão de Moura Filho	RPN+ - PE
PE	Fabio Correia Costa	Associação SIDA
PI	Cristiano Ferreira Silva	Fórum de ONG/AIDS do Piauí
PI	Isabel Cristina de Paula	GEMDAC - Gênero Mulher Desenvolvimento e Ação para Cidadania
PI	Maria do Perpetuo Socorro Freitas	RNP+ - cidadã positiva
PI	Marinalva de Santana Ribeiro	Grupo Matizes
RN	Jackson Silva de Oliveira	Astra -RN - Assoc.das Travestis di Rio Grande do Norte
RN	Kelpes de Araujo Silva	RNP+ - RN
RN	Maria Goretti Gomes	Grupo Afirmativo de Mulheres Independentes



SOS CORPO

Instituto Feminista para a Democracia

Rua Real da Torre, 593 – Madalena
Recife – PE
Fone: 81 3087.2086 | Fax: 81 3445.1905
sos@soscorpo.org.br | www.soscorpo.org.br



GRAB
Grupo de Resistência às Battering

Rua Teresa Cristina, 1050 – Centro
Fortaleza – CE
Fone: 85 253.6197
grab@brhs.com.br