

Estado e Sociedade em Redes:

Descentralização e Sustentabilidade das Ações de Prevenção das DSTs/Aids

Richard Parker[1]

Diretor-Presidente da Associação Brasileira Interdisciplinar
de Aids (ABIA)

Professor do Instituto de Medicina Social da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da

Mailman School of Public Health da Columbia University

Conferência apresentada no IV Congresso Nacional de Prevenção de DST/Aids

Cuiabá, 11 de setembro de 2001

Estado e Sociedade em Redes:

Descentralização e Sustentabilidade das Ações de Prevenção das DSTs/Aids

Bom. Muito obrigado pela apresentação. Hoje é, obviamente, um dia muito difícil, em ambos os lados do Equador. Antes de começar esta conferência, eu queria agradecer os organizadores do evento pelo convite de estar aqui presente. Em especial, queria fazer um agradecimento para Lília Rossi que cuidou com muito carinho de todos os arranjos do seminário. Queria agradecer também, hoje e sempre, a equipe da ABIA, todos eles, pela ajuda com a apresentação dos slides, e pelo apoio de sempre, sem o qual eu não poderia fazer o trabalho que eu faço.

3 Questões Principais

- O contexto histórico
- Os desafios da descentralização
- A sustentabilidade da prevenção

3 Questões Principais

Gostaria de começar com algumas palavras sobre a conferência. O tema foi dado pelos organizadores, é o tema central deste congresso, e eu acho que é o tema mais importante que no momento nos enfrenta. É com a descentralização e a sustentabilidade que temos que conseguir avançar para poder consolidar o trabalho feito nos últimos vinte anos frente à epidemia de AIDS aqui no Brasil. Então, eu gostaria de começar a minha fala com uma reflexão histórica pra tentar de situar esse desafio que nós estamos enfrentando. Na segunda parte da conferência, vou tentar falar sobre o que eu vejo como os principais desafios da descentralização. Finalmente, na última parte da conferência, vou tentar lhes falar sobre, pelo menos da minha visão, as questões que precisamos enfrentar pra assegurar a sustentabilidade da prevenção.

O Contexto Histórico

20 anos da Aids

- 1981 - Notificação dos primeiros casos (Em Los Angeles, EUA)
- 2001 - Realização da UNGASS e lançamento do Global Fund

20 anos da Aids

Então, o começo do histórico... O histórico por que? Por duas razões: uma, é dito que quem esquece as lições da história é condenado de reviver os seus problemas. Então é sempre importante repensar sobre a história para poder pensar sobre o futuro. Mas também, eu acredito que nós estamos em um momento especialmente importante em termos históricos. Como todos aqui sabem, em Julho comemoramos 20 anos da AIDS, 20 anos desde de a identificação dos primeiros casos em Los Angeles, em 1981, até alguns meses passados com a realização da UNGASS e o lançamento pelas Nações Unidas do Fundo Global para AIDS. Estamos fechando o ciclo em duas décadas da epidemia e entrando na terceira década da AIDS. Enfim, a AIDS não é mais novidade. E, ao mesmo tempo, a sensação de urgência, a sensação de crise, continua fazendo parte da vida de todos nós que trabalhamos com a epidemia de alguma forma ou outra.

Fases da resposta brasileira frente à epidemia

Fases da resposta brasileira frente à epidemia

No caso brasileiro, me parece que nós podemos dividir a história da epidemia e a resposta social brasileira frente à epidemia em seis períodos:

o primeiro período de, mais ou menos, 1981 a 1984, que foi fundamentalmente um período que eu chamo de negação aos problemas que estavam surgindo;

- o segundo período de 1984 a 1989, em que nós tivemos a mobilização inicial frente a epidemia;

- o terceiro, pelo menos de 1990 a 1992, que eu chamo de período de retrocesso;
- o quarto, de 1992 a 1994, que eu chamo de período de reestruturação;
- o quinto, de 1994 a 1998, que podemos chamar de mobilização centralizada;
- e um sexto período, de 1998 até o presente, e certamente é um período que vai estender durante mais alguns anos, e chamo de período de descentralização ainda parcial.

Gostaria de falar brevemente sobre cada um desses períodos, cada uma dessas fases.

Primeira fase 1981 – 1984

Negação

- Notificação dos primeiros casos
- Desconhecimento da epidemia por parte da população geral
- Negação da importância da epidemia por partes oficiais

Primeira fase 1981 – 1984

Negação

Durante a primeira fase, de 1981 a 1984, que eu chamo da fase de negação, nós podemos observar algumas características, como a notificação dos primeiros casos no Brasil. O desconhecimento da epidemia, por parte da população geral, da grande maioria da população, e a negação da importância da epidemia, em grande medida por parte dos governos, do poder público. Vale lembrar, porém, que para alguns setores mais afetados – a comunidade homossexual sem dúvida – esse foi um período em que a epidemia foi vivida intensamente, e muitos de nós, que entramos em trabalhos com AIDS muito cedo, como eu, a partir de 84, entramos em grande medida por causa da sensação de ver as comunidades em que vivemos enfrentando uma crise em larga escala ignorada pela sociedade mais ampla.

Segunda fase 1984 – 1989

Mobilização Inicial

- Construção dos primeiros programas governamentais
- Fundação das primeiras ONGs/Aids
- Histeria na mídia
- Pânico na sociedade
- Construção dos *princípios básicos* do enfrentamento da epidemia por parte das ONGs/Aids e dos programas governamentais

Segunda fase 1984 – 1989

Mobilização Inicial

Bom, a partir de 1984 nós temos a primeira mobilização. Já em 83 e 84 nós temos o início do primeiro programa governamental frente a AIDS no Brasil, em São Paulo, no estado de São Paulo; e, nos anos seguintes, a criação de programas, em grande medida modelados sobre o programa de São Paulo, em uma meia dúzia de outros estados. Também em 1985, com a fundação do GAPA em São Paulo, nós temos a criação da primeira organização não-governamental no Brasil, criada especificamente para trabalhar com AIDS. Logo depois, em 1986, temos a criação da ABIA, o GAPA do Rio de Janeiro, e alguns outros grupos em outros centros urbanos do Brasil. Até em 1989, de uma certa forma eu fecho o período de 84 a 89, na minha interpretação, com a criação do Grupo Pela Vida em Rio de Janeiro – o primeiro grupo não-governamental criado para colocar a questão das pessoas vivendo com AIDS como a sua questão central de trabalho.

Princípios Éticos/Políticos

- Solidariedade
- Cidadania
- Direito à Vida

Princípios Éticos/Políticos

Mas enquanto nós tínhamos essa mobilização, localizada em alguns programas governamentais e nas primeiras ONGs, também nós tínhamos um período de histeria na mídia, pânico moral na sociedade em geral, um clima bastante desfavorável para o trabalho que estava sendo realizado. Ainda assim, e de certa forma eu acho que a minha interpretação bate com a apresentação do Paulo Teixeira, ontem, ainda assim, neste período, me parece que nós temos a construção dos princípios básicos do enfrentamento da epidemia, por parte das ONGs e dos programas governamentais, que, de certa forma, até hoje continuam governando ou orientando o trabalho que nós fazemos. Entre outros, eu colocaria como os princípios éticos e políticos mais fortemente articulados pelas organizações não-governamentais: (1) a questão de solidariedade, (2) a priorização de questões de cidadania, e (3) acima de tudo o princípio de

direito a vida, como o princípio-ético político mais importante para organizarmos o enfrentamento da epidemia no Brasil.

Princípios Programáticos

- Integração de prevenção e assistência
- Acesso universal à saúde

Princípios Programáticos

Paralelo a isso, a mim me parece que nós tínhamos, também, pelo menos dois princípios programáticos fundamentais, que foram sendo concretizados pelos programas governamentais no nível estadual: (1) a integração de prevenção e assistência, e (2) o acesso universal a saúde, como princípios programáticos básicos.

Agora eu gostaria de chamar a atenção a uma conjuntura que possibilitou isso. Paulo Teixeira ontem referiu a isso, e eu também acho que é fundamental para entender a resposta brasileira: o acidente histórico, que a epidemia surgiu no Brasil no momento de transição, de redemocratização, do retorno da ditadura para o regime democrático. E os ativistas e as pessoas da rede pública que foram envolvidas em elaborar esses princípios básicos, tanto ético-político quanto programático, foram fundamentalmente pessoas com ligações à esquerda, com ligações à tentativa de reconstruir uma sociedade democrática. Foram pessoas, e movimentos sociais, que tinha a meta de re-valorizar a cidadania como princípio básico do pacto social, justamente porque, como o Herbert Daniel muitas vezes falava, a cidadania tinha sido colocado entre parênteses no Brasil, durante os 20 anos anteriores, os 20 anos da ditadura. Nos anos 80, o objetivo principal, que guiava muito do trabalho sendo feito, foi então em recolocar a cidadania como um princípio básico com o conteúdo do cotidiano da vida brasileira. Ao mesmo momento, nós tínhamos no Estado as condições que permitiam a reforma sanitária – que durante a ditadura estava uma fonte de resistência e luta contra a ditadura – e nos primeiros anos, nos anos 80, e ao longo da década dos anos 80, a reforma sanitária tomou conta do sistema de saúde pública no Brasil de uma maneira que possibilitou incorporar, em alguns lugares do Estado, também princípios progressistas.

Nesse momento eu acho que é muito sintomático, que isto surge primeiro no nível local, no nível municipal e no nível estadual. É uma questão que eu vou voltar a tratar daqui a pouco no nível federal. Ainda no processo mais gradual de saída da ditadura, nós tínhamos um processo muito mais lento, em termos de Estado, de ser esse tipo de princípio no nível central, no nível federal nos governos Figueiredo e Sarney, durante os anos 80.

Terceira fase 1990 – 1992

Retrocesso

- Conjuntura de corrupção (do governo Collor)
- Desconstrução de ações programáticas
- Polarização do Estado e a Sociedade Civil

Terceira fase 1990 – 1992

Retrocesso

Bom, a partir de 1990, e até 1992, como a grande maioria aqui presente conhece, nós tínhamos uma fase de retrocesso, durante o governo Collor. Uma conjuntura de corrupção no Ministério da Saúde, que dificultou muito qualquer tipo de trabalho. A desconstrução de ações programáticas, que tinham sido construídas nos anos 80, e a polarização do Estado e a sociedade civil – na sua polarização talvez mais intensa, de conflito e do contraste entre as demandas sendo postas pelo movimento social e as respostas sendo oferecidas pelo estado, pelo governo Collor da época.

Quarta Fase 1992 – 1994

Re-organização

- Re-estruturação do Programa Nacional de Aids (ainda AIDS!)
- Re-aproximação do Estado e a Sociedade Civil
- Construção (coletiva) do Projeto do Banco Mundial (Aids I)

Quarta Fase 1992 – 1994

Re-organização

A partir da mudança do Ministro da Saúde em 92, e houve depois a mudança no Ministério da Saúde, a saída do Fernando Collor da presidência, nós temos uma fase que eu chamo de reorganização, de 1992 a 1994, em que o Programa Nacional de AIDS é reestruturado (a brincadeira com a AIDS com letra maiúscula, era porque ainda estava AIDS com letra maiúscula naquela época). Nós temos uma

reaproximação gradual do Estado com a sociedade civil, às vezes com uma certa preocupação, uma certa desconfiança, mas, pelo menos, em ambas as partes, a tentativa de reconstruir uma articulação, um diálogo e um trabalho em conjunto.

Temos também a construção, e aqui quero enfatizar que era uma construção coletiva, do projeto do Banco Mundial, que hoje em dia chamamos de AIDS I. Coletiva eu digo porque pelo menos na história da AIDS no Brasil, eu acho que isso foi a primeira tentativa de trabalhar coletivamente, tão claramente, entre o Estado e a sociedade civil. O projeto para o Banco Mundial foi escrito em muitas mãos, e entre essas mãos tivemos presentes pessoas vindo de ONGs, do Estado, de academia, enfim, de diversos setores. Então, nós temos pela primeira vez, eu acho, o que é a marca de qualquer trabalho inter-setorial, que é de botar a mão na massa e trabalhar juntos. E bem ou mal digamos do seu produto final, no projeto do Banco Mundial, esse processo de criação coletiva, que eu acho que foi uma marca fundamental, foi da maior importância para tudo que tem sido feito nos anos subseqüentes.

Quinta fase 1994 –1998 Mobilização Centralizada

- Implementação do Aids I
- Financiamento (centralizado) pelo Estado das ações da Sociedade Civil
- A concretização, na prática (às vezes diversa), de um modelo brasileiro para o enfrentamento da epidemia

Quinta fase 1994 –1998 Mobilização Centralizada

A partir de 1994, com a formalização do convênio entre o governo brasileiro e o Banco Mundial, obviamente a escala de trabalho muda de uma maneira radical, com a implementação do projeto AIDS I. Uma das características mais importantes desse trabalho foi uma certa centralização, principalmente no processo financeiro, pelo Estado e as ações da sociedade civil. Acho que isso é compreensível por várias razões que vão ser debatidas nas próximas mesas desse congresso. E ter feito isso de qualquer outra maneira, a não ser centralizada, seria muito difícil. Ao longo dos últimos oito anos nós estamos tentando gradativamente superar essa característica, mas certamente foi nesse momento que a centralização das ações ficou mais intensa na história da epidemia no Brasil.

Um modelo brasileiro?

- Ações
- Princípios
- Políticas

Um modelo brasileiro?

Ao mesmo tempo em que nós temos a centralização pelo estado, nós também temos a concretização da prática, às vezes diversa, do que acho sim, como o Paulo Teixeira, podemos chamar de um “modelo brasileiro” para o enfrentamento da epidemia. Mas dito isso, vou querer tentar problematizar um pouco, essa idéia de um modelo brasileiro, para que nós possamos pensar um pouco sobre o que é que isso significa, e como é nós vamos caminhar com ele, como o modelo brasileiro, no futuro.

Falando um pouco mais sobre essa questão de um modelo brasileiro, eu gostaria de sugerir, e vou tentar exemplificar isso melhor ao longo da fala, que esse modelo se consiste em ações, princípios e políticas; e uma das razões, uma das questões que eu tenho, uma das dúvidas que eu tenho, sobre se nós podemos falar, ou não, de um modelo brasileiro, é justamente porque eu acho que isso foi sendo construído aos poucos. Não foi um modelo do tipo feito por um arquiteto que desenha uma casa antes de começar a construir-la. Foi um modelo que foi surgindo, eu acho, das práticas sendo implementadas em diversos pontos da sociedade, sendo abstraído da experiência empírica do cotidiano, que hoje em dia podemos chamar retroativamente de um modelo, mas nós não podemos dizer que tínhamos uma visão a priori de como seria esse modelo antes de ter construído ele na nossa prática coletiva.

Então eu acho que é muito importante refletir sobre esse processo de criação, sobre os atores que se envolveram nesse processo, para entender melhor que modelo é este, e para entender que é o modelo de todos nós, de todos os setores, de todo mundo que está sentado aqui nesta sala!

Sexta fase 1998 – presente Descentralização

- Fortalecimento das ações dos estados e municípios
- Descentralização (gradual e ainda parcial) do financiamento de projetos
- Sustentação política (acima de tudo, da política de medicamentos)

Sexta fase 1998 – presente

Descentralização

Bom, eu vou voltar um pouco mais a esse modelo daqui a um pouco, mas para terminar com a história que eu queria contar para poder falar depois sobre a descentralização e a sustentabilidade, queria só comentar então a sexta fase, que eu acho que a fase que estamos vivendo hoje, da descentralização ainda parcial, sendo construída – e certamente este evento vai ter um papel fundamental para avançar esse processo. Nós temos, com certeza, o fortalecimento das ações, dos estados e de municípios, como uma prioridade central no atual momento, nós temos a tentativa de conseguir uma descentralização gradual e ainda parcial de financiamentos de projetos e outras ações, e nós temos grandes desafios de sustentação política, acima de tudo visto sobre a ótica da política de distribuição de medicamentos. Gostaria de sugerir ao longo dessa fala que uma das tarefas mais árduas para o futuro é a tarefa de ampliar essa sustentação política para além dos medicamentos; para sustentar uma política de todo o conjunto desse modelo, desses programas que foram desenvolvidos nos últimos anos.

Os Desafios da Descentralização

- A importância de lembrar a história...
- Para poder lembrar que o “modelo brasileiro” foi construído no nível local antes de ser construído no nível central..

Os Desafios da Descentralização

Bom, gostaria de passar então para a segunda parte desta conferência. Tendo esse retrato histórico como ponto de partida, gostaria de pensar um pouco mais sobre quais são os principais desafios da descentralização.

Eu vou falar muito mais dos desafios que eu vejo em termos conceituais, em termos de como é que nós vamos pensar sobre a descentralização. Tem outras pessoas, trabalhando nos estados e nos municípios, das mesas que vão seguir depois dessa conferência, que vão poder falar muito mais do que eu, e muito mais adequadamente, das dificuldades práticas, dos que levam os desafios e tem que ser enfrentados na prática. Mas gostaria de pensar sobre alguns dos dilemas que são postos na nossa história, em termos conceituais, porque também admito que se nós não superamos esses dilemas muito dificilmente nós vamos conseguir por na prática o que todos nós queremos ver, que é justamente a descentralização dessas ações.

A primeira coisa que gostaria de lembrar, já sinalizei isso mas quero reforçar, é que o modelo brasileiro, a ação brasileira frente à epidemia, não começou centralizada, não começou em Brasília, não começou em nível federal. Começou em comunidades, começou em municípios, começou em estados, e foram fundamentalmente as lições dessas experiências iniciais, em comunidades, municípios e estados, que foram adotados aos poucos em nível central, como uma maneira de desenvolver um Programa Nacional. Então o problema de centralização não é simplesmente de mudar de um começo centralizado para um futuro descentralizado; é de ver como é que nós chegamos de sair de um trabalho descentralizado para um momento de centralização, e como é que nós podemos voltar, e sem perder os ganhos que indiscutivelmente a centralização nos deu. Como é que nós podemos construir, em cima desses ganhos, um novo modo de trabalhar, aonde a descentralização e controle local tem um papel muito mais importante.

Esfera Governamental

- Programas estaduais antecedem um programa nacional
- Princípios programáticos dos estados e municípios fundamentam a construção de um plano nacional

Esfera Governamental

Na esfera governamental, obviamente, os programas de estados e municípios fundamentaram a construção do plano nacional – foi na base deles que foi construído o plano nacional. Foi consultando em São Paulo, em outros lugares onde programas estaduais estavam atuando, para tirar as lições dessa experiência.

A Esfera Comunitária

- Os principais valores éticos de solidariedade, cidadania e direito à vida, são articulados por ativistas, e somente depois incorporados (e às vezes até cooptados pelo Estado)

A Esfera Comunitária

Era a mesma coisa, na minha opinião, em termos da esfera comunitária, os princípios e principais valores éticos de solidariedade, de cidadania e direito a vida, estão intitulados fundamentalmente por

ativistas e somente depois incorporados, as vezes voltados e destorcidos, até, pelo Estado. Mas às vezes incorporados de uma maneira adequada. O processo de tradução não é muito fácil, o processo de tradução é complicado e difícil, que em grande medida eu acho que deu certo, mas que ainda tem problemas a serem respondidos.

Impacto do Banco Mundial

- A dinâmica dos projetos Aids I e Aids II
- O papel destes projetos em criar um processo de centralização

Impacto do Banco Mundial

Queria sinalizar o impacto dos projetos do Banco Mundial, e fundamentalmente chamar atenção da importância e ao mesmo tempo dos problemas que os projetos do Banco nos deram. Por causa da sua própria dinâmica desses projetos, e o papel, a importância, dos projetos do Banco. Em termos de construir a centralização, que vem *depois* do início descentralizado das ações feito em nível local.

A Ditadura dos Projetos

- A importância (indiscutível) de recursos
- Os riscos (constantes) de cooptação
- Os dilemas de uma lógica neoliberal

A Ditadura dos Projetos

Esse período tem sido chamado da ditadura dos projetos. Aí nós temos que reconhecer, por um lado, a importância absolutamente indiscutível de recursos. Sem recursos não podemos fazer nada. Na medida em que os projetos do Banco forneceram recursos e possibilitaram uma negociação para aumentar a disponibilidade de recursos nacionais, teve uma importância fundamental. É impossível, por exemplo, pensar do trabalho bem sucedido hoje em dia com a distribuição de medicamentos, se não tivesse havido investimentos dos empréstimos, que puderam financiar muitas das ações da área preventiva. Mas até essa divisão, vou sugerir, cria problemas que nós temos que enfrentar no futuro.

Com a ditadura de projetos também temos, é óbvio, os riscos constantes de cooptação, e a dificuldade de manter um esforço, um trabalho, colaborativo entre o Estado e a sociedade civil, quando toda a herança da política brasileira, do clientelismo, e de outras formas de uso de recursos por fins políticos faz um pano de fundo para o trabalho sendo desenvolvido com AIDS.

E acima de tudo, como tem que ser quando se trata do Banco Mundial, até se nós gostamos dos projetos do Banco Mundial para AIDS, nós temos os dilemas de uma lógica neoliberal – que o Banco Mundial é o representante principal, maior, mais importante e mais pesado, no mundo inteiro, nessa virada de século.

Contradições

- Neoliberalismo econômico vs. Acesso universal à saúde
- A área da assistência vs. A área de prevenção

Contradições

O que isso nos dá, ao meu ver, na minha interpretação, são algumas contradições fundamentais que nós estamos enfrentando hoje e que descentralização e sustentabilidade vão precisar superar para poder avançar. Por um lado, concretizado, no Banco Mundial, e nos projetos AIDS I e AIDS II, nós temos (até quando queremos evitar ver) concretizados alguns aspectos do neoliberalismo econômico.

Do outro lado nós temos, o que surge os anos 80, e que foi muito comentado da abertura ontem, nós temos o projeto da reforma sanitária, o projeto do SUS, o projeto de criar um sistema único aonde o acesso universal a saúde seria garantido, não é? Então nós temos duas trajetórias filosóficas de como enfrentar a saúde, absolutamente opostas. Uma do ajuste estrutural do Banco Mundial, que quer tirar dinheiro de saúde, educação, bem-estar social, para que as pessoas paguem pelos seus serviços médicos, e, no outro lado, o SUS da reforma sanitária, aonde o acesso universal a saúde deveria ser garantido como direito de cidadão.

Essas duas lógicas estão opostas, e as contradições entre elas estão no fundo de todas as ações que tem sido feitas frente a epidemia de AIDS no Brasil. E sem enfrentar a contradição que existe entre essas duas lógicas, a mim me parece que vai ser muito difícil avançar nos próximos anos.

A Política de Medicamentos

- A importância estratégica da política de medicamentos
- Integração obrigatória da assistência no SUS

A Política de Medicamentos

A segunda contradição, que eu queria chamar atenção, é uma contradição entre a área e assistência e a área de prevenção. Foi muito reforçado, tanto ontem a noite quanto na minha fala hoje: a integralidade da assistência e da prevenção como um princípio básico da resposta brasileira frente a AIDS. Mas dentro da lógica mais ampla dos projetos do Banco Mundial, o que nós temos é fundamentalmente uma contradição entre essas duas lógicas. Aliás, eu, como várias outras pessoas aqui, também participei das primeiras negociações com os técnicos do Banco. Neste processo de negociação, a pressão do Banco para não ter uma distribuição gratuita de medicamentos, foi sempre uma coisa no ar. A pressão para que os recursos do Banco Mundial fossem usados prioritariamente para a prevenção, justamente porque dentro de uma lógica neoliberal, dentro de uma lógica de custos e benefícios, é a prevenção que teria maiores benefícios econômicos. Isto é a lógica que guiava o trabalho do Banco Mundial, e até certo ponto, apesar de algumas mudanças, continua guiando a lógica dos investimentos do Banco em saúde e em AIDS como um todo.

Contra isso nós tínhamos a firmeza, importantíssima, das autoridades brasileiras em não abrir mão da assistência, não aceitar como condição do empréstimo a reformulação de uma política de assistência. Mas, ainda assim, nós temos então uma lógica contraditória estabelecida, que dificulta, ao longo do tempo, a manutenção dessa integralidade da assistência e prevenção, e que cria alguns desafios, vou argumentar, especificamente para a área da prevenção.

Por um lado, nós conseguimos firmar uma política de medicamentos e a importância estratégica dessa política em medicamentos, financiada inteiramente pelo estado brasileiro, como uma prioridade em termos dos trabalhos de AIDS no país. Isso também ofereceu a possibilidade de uma integração maior entre os trabalhos de AIDS, que no começo surgiram muito desligado da questão da SUS. Mas via a política de medicamentos, a integração da AIDS dentro do sistema única, foi uma das principais conquistas dos últimos anos.

Repensando o Público e o Estatal

- Questionando a visão neoliberal instrumental
- Repensando o público e o privado
- Garantindo a prevenção como um bem público

Repensando o Público e o Estatal

Agora dito isso, nós também levantamos alguns problemas fundamentais para pensar a esfera pública e o que isto significa com relação à questão da prevenção. Justamente porque a assistência se internalizou como uma ação pública, integrado ao Sistema Único de Saúde, e justificado legalmente como uma parte da resposta do Estado brasileiro frente à epidemia, nós deixamos pelo outro lado a prevenção precariamente pendurada nos empréstimos daquela agência fundamentalmente neoliberal que é o Banco Mundial.

A lógica que governava os nossos argumentos ao redor da assistência, a lógica de direito do acesso universal para todo cidadão, não foi a lógica que foi usada para acesso à prevenção. Ao contrário, para a prevenção nós temos que pagar! Pode ser que nós só tenhamos que pagar trinta centavos de real, como Paulo Teixeira falou na abertura deste congresso ontem – mas temos que pagar. E a lógica neoliberal que guia a prevenção não é uma questão somente do Brasil, mas da esfera mundial, hoje em dia, em termos de quase todas as agências internacionais responsáveis pela coordenação dos esforços frente a epidemia.

A mim, me parece, que tem aqui algumas questões lógicas difíceis a tentar serem desconstruídas. Por um lado, nós classificamos as ações aonde a prevenção atua como ações privadas e, portanto, não públicas. Estamos falando da sexualidade, e o que pode ser até mais primária do que a sexualidade, quando falamos do uso de drogas... Estamos falando, ao final das contas, acho eu, de questões de prazer. São questões *culturalmente* construídas, mas dentro do nosso contexto cultural, conceitualizamos o prazer como uma questão *individual*, e não uma questão de direitos. Uma questão privada... Quem falaria sobre o direito a prazer? Bom, dentro dessa lógica, prazer, pelo menos prazer seguro, se compra! Trinta centavos de real!

Acredito que se nós não avançarmos em é repensar o que que é, o que que nós queremos dizer com o público, o que que é de fato a esfera pública, nós não vamos conseguir sair dessa armadilha de uma oposição entre assistência, que é direito público, e prevenção, que é privatizada, e que portanto não é um direito.

Eu acho que nós estamos começando a avançar, certamente a discussão feita nos últimos tempos, para quem acompanha os debates públicos no Estadão, no editorial recente sobre incentivo público, a resposta da ABONG e de vários militantes e lideranças das ONGs, para tentar entender que público não

se restringe ao Estado, que o público, que os bens públicos têm que ser definidos em outra ordem. Eu acho que esse debate tem que ser trazido, internalizado e trabalhado dentro do campo da AIDS, de uma maneira de sair da noção da sexualidade ou do prazer como um fenômeno privado, e, portanto, não ligado à questão do direito – e para reconceitualizar o direito a prevenção, como tão fundamental e tão importante quanto o direito a tratamentos.

A Sustentabilidade da Prevenção

- As dificuldades de incorporar a prevenção nas estruturas do SUS
- As dificuldades de incorporar a prevenção em outros setores: educação, trabalho, etc.

A Sustentabilidade da Prevenção

Em termos da sustentabilidade da prevenção, a última parte do argumento que eu queria colocar, eu gostaria de começar sugerindo que tem pelo ou menos duas dificuldades fundamentais que tem de ser enfrentados urgentemente: primeiro seria a dificuldade de incorporar a prevenção nas estruturas do SUS. Como já sugeri, no caso dos medicamentos, essa incorporação é muito mais natural. De fato, se vocês voltam, leiam a sua história, leiam o que foi escrito pelo movimento de reforma sanitária nos anos 80, vocês vão ver que um dos princípios fundamentais, em grande medida ainda não realizados, e não só dentro da AIDS, mas no campo da saúde como um todo, foi a incorporação da prevenção. A idéia de um sistema de saúde preventivo e não curativo, foi fundamental. Mas no caso da AIDS nós avançamos muito menos em incorporar, dentro dessa máquina do Estado, as ações de prevenção.

Politizando a Prevenção

- Desafios técnicos
- Desafios políticos

Politizando a Prevenção

É a prioridade número um para a Coordenação Nacional, é óbvio, e deveria ser a prioridade número um para todos nós. A dificuldade, além de incorporar a prevenção no sistema do SUS, eu acho que seria de incorporar a prevenção em outros setores: educação, trabalho, justiça. É bom ter uma mesa de abertura no Congresso Nacional da Prevenção da AIDS com representantes de cada uma dessas áreas. Agora, até que ponto, de fato, a questão da prevenção da AIDS é incorporada nessas outras esferas é muito questionável; e, novamente, isto é uma herança do projeto do Banco que foi um empréstimo para o Ministério da Saúde. Poderia ter sido um empréstimo para todos os Ministérios, não é? Poderia ter sido um programa integrado de diversos setores, mas não foi. Enfim, não podemos, não temos como refazer o passado, mas temos como aprender as lições do passado e reconhecer que um dos grandes desafios para o futuro é de quebrar essa verticalidade que caracteriza as ações, que vem de Genebra para Washington, de Washington para o Brasília, e assim por diante... É de criar uma verdadeira horizontalidade.

Um Modelo Técnico

- Ações de massa
- Ações comunitárias
- Ações individuais

Um Modelo Técnico

Eu acho que ontem foi, várias vezes, reforçado a importância dos primeiros passos. Na minha opinião, só os primeiros passos foram tomados até agora. Para conseguir alcançar nossa meta, eu acho que tem um dilema fundamental: é necessário re-politizar a prevenção. A prevenção pode ser pensada em termos de seus desafios técnicos e em termos dos seus desafios políticos. Na minha opinião os desafios técnicos são fáceis, são fáceis, os desafios políticos são muito mais difíceis, muito mais graves, e nos enfrentam com um problema muito maior. Principalmente porque é muito fácil comprar a história, em termos de que prevenção você faz com as melhores ações técnicas, melhor coordenadas e assim por diante. Gostaria de argumentar que o modelo técnico de ações de massa, ações comunitárias, ações individuais, foi assim que o projeto do banco foi construído e eu sei, ajudei a construí-lo, foi ao redor dessas iniciativas técnicas.

Integração de Ações

- Campanhas de mídia
- Intervenção “comportamental”
- Aconselhamento, testagem anônima, etc.

Integração de Ações

Essas iniciativas técnicas nos dão ações técnicas: campanhas de mídia, intervenções comportamentais, aconselhamento no nível individual e assim por diante. Mas gostaria de argumentar que, de fato, sem construir uma visão política, essas ações técnicas nos dão muito pouco, essas ações técnicas nos oferecem muito pouco. De fato, sem construir uma visão politizada da prevenção, dentro de pelo menos dois conceitos básicos, que chamaria de *violência estrutural* e da *vulnerabilidade social*, não vejo como podemos avançar.

Uma Visão Política da Prevenção

- Violência estrutural
- Vulnerabilidade social

Uma Visão Política da Prevenção

A violência estrutural me parece absolutamente chave e talvez mais chave do que a questão de vulnerabilidade social. É de reconhecer que estamos tratando de uma epidemia movida por violência estrutural, movida por pobreza e a exploração econômica, pela opressão de gênero, opressão sexual, racismo e discriminação ética. Então, acima de tudo, pela sinergia entre essas diversas formas de opressão: não é simplesmente gênero em si, ou pobreza em si, que hoje em dia está movendo a epidemia. É a interação entre esses diversos eixos de opressão. É a mulher, que também é pobre; é o jovem homossexual, que também é pobre e negro; é aí, aonde nós temos o cruzamento de eixos de opressão, que você sempre encontra a epidemia na sociedade brasileira, em todas as sociedades, aliás.

Violência Estrutural

- Pobreza e exploração econômica
- Opressão de gênero
- Opressão sexual
- Racismo e discriminação étnica
- Sinergia de estigmas e discriminações

Violência Estrutural

Em cima desse conceito de violência estrutural, como a força que move a epidemia, acredito que seja impossível de construir uma noção de vulnerabilidade social e contrapor à idéia que risco individual, com esse conceito. E o grande avanço, em termos da teorização da prevenção dos últimos anos, me parece que é esse processo de mudar do conceito de risco comportamental para o conceito de vulnerabilidade social. Mas isso nos obriga, se levamos esse conceitualização até o final de suas conseqüências, até o final da sua lógica, isso nos obriga a transformar também uma grande parte do trabalho que nós fazemos.

Vulnerabilidade Social

- Do conceito de risco comportamental para o conceito de vulnerabilidade social
- Da informação e a intervenção comportamental para a conscientização e a intervenção estrutural

Vulnerabilidade Social

De sair de uma preocupação tão centrada na informação e na intervenção comportamental, para o que eu chamaria, seguindo Paulo Freire, de conscientização, e o que chamaria de intervenção, não comportamental, mas, fundamentalmente, de intervenção estrutural. Intervenção estrutural é, óbvio, faz de diversas maneiras. Como o tempo é curto, o que eu gostaria de sinalizar, acima de tudo, é que falar de intervenção estrutural, é fundamentalmente de falar da descentralização e a sustentabilidade.

Intervenção Estrutural

- Políticas
- Leis
- Mobilização comunitária
- Transformação social

Intervenção Estrutural

Intervenção estrutural não se faz por decreto, não se faz em Brasília. Intervenção estrutural é criada pelas bases, é criada por baixo, é criada por intervenções comunitárias, é criada contribuindo para ver a transformação social feito via diversos movimentos sociais.

Esses movimentos, na minha opinião, já estão nossos parceiros, estão aqui presentes nessa sala, obviamente: é o movimento de mulheres, é o movimento gay-lésbico, é o movimento negro, é o movimento sem-terra e de sem-teto, acima de tudo é a articulação entre as forças progressistas da política brasileira e que possibilitaria uma transformação social verdadeira e sustentada.

Gostaria de fechar, quando falamos então em transformação social, simplesmente lembrando as palavras de um dos grandes líderes dos últimos tempos no Brasil, que na AIDS é certamente um dos meus principais professores, o Betinho, que 10 anos atrás, 1991, escreveu que:

O Brasil, através de segmentos representativos, por suas características e potencialidades, pode-se construir num exemplo de mobilização,... difundindo uma outra visão sobre a epidemia que restaure a cura como perspectiva e a solidariedade como princípio de todo o trabalho e a prevenção.

Betinho

Certamente é esse o desafio deste congresso, é esse o desafio da descentralização e da sustentabilidade da prevenção, e é esse o desafio que nos próximos dias nós vamos enfrentar. Muito obrigado.

[1] Diretor-Presidente da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e Professor e Chefe do Departamento de Ciências Sociomédicas da Escola de Saúde Pública da Universidade de Columbia