

Ximena Pamela Díaz Bermúdez^I

Fernando Seffner^{II}

Liderança brasileira à luz da Declaração de Compromisso sobre HIV/Aids da UNGASS

Brazilian leadership in the context of the UNGASS Declaration of Commitment in HIV/Aids

RESUMO

O tema liderança da Declaração de Compromisso sobre HIV/Aids das Nações Unidas foi discutido quanto aos seus avanços, desafios e limites da atuação das principais forças sociais presentes no controle da epidemia de HIV/Aids no Brasil. A resposta nacional caracterizou-se, principalmente, pela experiência brasileira de convocação de múltiplas iniciativas governamentais, da sociedade civil e do setor privado para lutar contra a epidemia de HIV/Aids. As sinergias entre os diversos parceiros devem ser estreitadas, assim como articular esforços no campo do desenvolvimento científico e tecnológico para minimizar efeitos da dependência tecnológica. Essas ações visam a alcançar a sustentabilidade necessária para a produção de medicamentos e outros insumos, na perspectiva de aprimorar o cumprimento do preceito constitucional que preconiza a saúde como direito de todos.

DESCRITORES: Síndrome de imunodeficiência adquirida, prevenção e controle. Políticas de controle social. Controles formais da sociedade. Controles informais da sociedade. Desenvolvimento de programas. Organizações não-governamentais. Direitos humanos. Liderança. Brasil.

ABSTRACT

The present article focuses on the subject of leadership in the United Nations Declaration of Commitment in HIV/AIDS, discussing the advancements, challenges, and limitations to the action of major social forces acting to control the HIV/AIDS epidemic in Brazil. The national policy on AIDS was characterized by the illustrative Brazilian experience in summoning multiple government, civil society, and private sector initiatives to fight the HIV/AIDS epidemic. The synergy between different partners needs to be enhanced and efforts in the field of scientific and technological development must be articulated in order to minimize the effects of technological dependence. These actions are aimed at the sustainable production of drugs and other products, with the perspective of improving the fulfillment of the constitutional precept of health as a universal right.

KEYWORDS: Acquired immunodeficiency syndrome, prevention & control. Social control policies. Social control, formal. Social control, informal. Program development. Non-governmental organizations. Human rights. Leadership. Brazil.

^I Departamento de Saúde Coletiva.
Universidade de Brasília. Brasília, DF,
Brasil

^{II} Programa de Pós-Graduação em Educação.
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Ximena Pamela Díaz Bermúdez
Departamento de Saúde Coletiva - UnB
Campus Universitário Darcy Ribeiro
70910-900 Brasília, DF, Brasil
E-mail: ximena@unb.br

INTRODUÇÃO

O presente texto propõe uma reflexão sobre possíveis conexões entre o desenvolvimento da epidemia de Aids e a formação/ação de lideranças no contexto brasileiro, entendidas aqui como lideranças pessoais, institucionais, da parte do governo ou da sociedade civil que pensam e organizam a ação para o controle da epidemia de HIV/Aids no Brasil. Para tanto, foram apresentados o conceito de liderança presente na Declaração de Compromisso da *United Nations General Assembly on AIDS Special Session* (UNGASS). Em seguida apresenta-se um “diálogo crítico”, com o conceito de liderança na perspectiva de outros autores. Essa discussão teve como pano de fundo o conjunto de conhecimentos extraído da experiência brasileira de combate à Aids. O “diálogo crítico” foi organizado em dois eixos básicos. O primeiro oferece uma perspectiva sobre questões envolvidas no cumprimento da meta liderança da Declaração segundo a ação governamental, para o caso brasileiro, da sociedade civil e do setor privado. Identificaram-se os principais pontos e as lacunas que esses atores julgaram relevantes. O segundo eixo, de caráter crítico-propositivo, tece considerações sobre os rumos e principais desafios que precisam ser agenciados para avançar no melhor cumprimento das metas da UNGASS, pensando não apenas o Brasil, mas diferentes realidades e cenários.

LIDERANÇA, AIDS E MOVIMENTO SOCIAL

A Declaração de Compromisso da UNGASS teve início com a manifestação expressa do compromisso de dirigentes de estados e governos de enfrentar a epidemia de HIV/Aids em “todos seus aspectos” e conclamou o exercício do poder das lideranças mundiais para “assegurar um compromisso global” do seu controle.¹⁵ São preceitos da Declaração:

- Reforçar o compromisso das lideranças mundiais como catalisador de ações;
- Estabelecer que estratégias para o combate à epidemia passem pela apropriação da experiência dos últimos 20 anos;
- Reiterar a necessidade da criação de parcerias com todos os atores e de identificação dos grupos mais vulneráveis;
- Reconhecer a diversidade de realidades sociais, políticas e culturais com que se apresenta a epidemia no mundo;
- Implementar campanhas de prevenção, redução de estigma, construção de infra-estrutura e assegurar tratamento, assistência e respeito às pessoas vivendo com HIV/Aids.

As metas traçadas na Declaração redimensionaram a

visão sobre a responsabilidade social das lideranças planetárias frente ao impacto produzido pela pandemia. O papel das lideranças pode ser visto nesse contexto como esforço para produzir ações sociais de cooperação,¹ direcionadas a reduzir o impacto provocado pelo problema do HIV/Aids. Apesar dos notáveis avanços, o controle da Aids no mundo continua a ser importante desafio que demanda a renovação de compromissos e a revisão das responsabilidades pessoais, coletivas e institucionais. As cifras oficiais, que apontam cerca de 4,9 milhões de novas infecções ocorridas em 2004, indicam o crescimento contínuo da epidemia.¹⁴

As metas definidas na UNGASS visam a criar condições sociais propícias de vida para a redução efetiva das vulnerabilidades sociais e políticas que agenciam a expansão da epidemia, crescentemente associada às desigualdades sociais que vigoram em muitas sociedades, inclusive a brasileira. Em última instância, o compromisso expresso na Declaração implica o reconhecimento da importância de não retardar mais a responsabilidade política de acertar nas decisões que incidem diretamente na vida e na dignidade de aproximadamente 40 milhões de pessoas afetadas pelo HIV/Aids no planeta.¹³

No que diz respeito especificamente ao quesito liderança, o referido documento recomenda que se tomem medidas para que nacionalmente se formule um plano estratégico de ação, com apoio político, para impulsionar o desenvolvimento de ações de prevenção e assistência; que seja garantido o respeito aos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/Aids; que o desenvolvimento da sociedade civil seja estimulado e que práticas de monitoramento e avaliação sejam implementadas.

Dentro do conjunto de metas definidas pela UNGASS, o reconhecimento do papel das lideranças como elemento mobilizador pelo controle da Aids é fundamental, pois elas têm o papel de alavanca para que se produzam os efeitos desejados. Tais efeitos implicam o exercício de alguma forma de poder,² seja pelos governos ou pelas organizações não-governamentais (ONG), pelo setor privado ou pelos trabalhadores, pelas instituições religiosas, partidárias e grupos comunitários. Ou também pela mídia, comunidade acadêmica e outras forças sociais, tanto no âmbito local e regional quanto na esfera internacional. A Declaração da UNGASS faz uma convocação estratégica de toda a capacidade acumulada pelos países para desacelerar o aumento de novas infecções. Além disso, para garantir o acesso de maneira eficiente aos recursos tecnológicos já disponíveis, principalmente para as populações que vivem em situação de pobreza, risco e marginalização.

A concepção de liderança que o documento expressa parece renovadora. Considerando a necessidade de mobilização suscitada pela Aids, não basta pensar as lideranças apenas a partir do papel tradicional baseado na autoridade de determinados indivíduos revestidos de poder, nem se esgota no clássico apelo ao carisma dos líderes. Trata-se de promover sistematicamente possibilidades para fortalecer a capacidade de organização e de articulação e criar novas relações entre os atores sociais. Assim vistas, as lideranças precisam se engajar na construção de uma nova ética no exercício do poder, dando novos significados à dimensão individual e coletiva no compromisso de controle da epidemia. Destaca-se na Declaração a necessidade de estruturar a prática da liderança a partir de novos valores. Constituem elementos estruturantes do exercício dessa nova concepção os conhecimentos e as habilidades adquiridas, os novos saberes e a legitimação do outro na partilha de responsabilidades sociais. Sustentada em valores como solidariedade, tolerância e visibilidade a sujeitos sociais excluídos e socialmente invisíveis, sua prática influencia a transformação social e o envolvimento mais claramente consciente dos diversos atores sociais como catalisadores da luta contra a pandemia. Poderia ser dito que a Declaração exprime uma relação entre o conceito de poder e o conceito de direito² que em muitas sociedades contemporâneas é ainda um processo em construção.

A partir de outros pontos de vista, autores como Pollack¹¹ já afirmavam, nos primórdios da epidemia, que a Aids estava impondo às sociedades uma “socialização da soropositividade.” Isso levou ao que esse autor denominou de “mobilização associativa”, admitindo a Aids como doença que impõe experiências limites. Alguns dos primeiros líderes do movimento social vinculado a Aids emergiram da vivência pessoal da doença, o que deu uma especificidade à luta contra a Aids no Brasil e em outros países também. Há uma conexão importante entre movimento social e construção de lideranças, que será retomada mais adiante, para o caso da resposta brasileira à Aids. É no âmbito da UNGASS que se reafirma a Aids como assunto de saúde pública, entendida como compromisso com o bem-estar humano, como espaço social e político das sociedades contemporâneas. Dazon & Fassin³ consideram a saúde pública como “um estado de espírito”, para o qual a Aids trouxe um campo de novas significações e de novos atores. Destaca-se o processo de construção de lideranças que atribuíram novos sentidos para a compreensão das relações entre saúde, doença e sociedade, do qual também o movimento social de ONG no Brasil dá preciosos exemplos.

Se por um lado, há uma dimensão bastante proposi-

tiva da definição de liderança adotada no documento da UNGASS, por outro tal documento está pleno de uma linguagem normatizadora, caracterizada por expressões como “intensificar respostas”, “aumentar a coordenação”, “ampliar as ações em andamento”. Na avaliação do referido documento, percebe-se poucas referências à possibilidade de mudar o rumo das ações. Fala-se também em “acelerar a adoção de medidas”, e usa-se o verbo “reforçar” inúmeras vezes. Para além do tópico das lideranças, é abundante o uso de termos como “complementar”, “suplementar”, “apoiar decididamente”, “aumentar” e congêneres. Ou então, quando se trata de quadros agravados pelo impacto da Aids, usam-se verbos como “atenuar”, “diminuir”, “fazer cessar”, sempre se referindo a um mecanismo que já está em andamento, e que parece necessitar apenas de simples modificações de intensidade em sua ação. Dessa forma, parece haver pouco espaço para a atuação de uma liderança que discorde ou queira mudar o rumo daquilo que está sendo tradicionalmente feito na prevenção e tratamento da Aids. Assim, o espaço deixado para a possível inovação fica comprometido pela linguagem geral do documento. Mas isso não elimina a possibilidade do papel propositivo que se espera das lideranças, sejam pessoais ou institucionais, desejo expresso pelo documento da UNGASS.

Focalizando a mobilização social, o compromisso e a ação da luta contra a Aids precisam ser permanentemente pactuados e revistos para que novos acordos potencializem a sinergia para seu enfrentamento. Outros documentos internacionais, como o Plano Regional de HIV/Aids, que deve ser cumprido pelos países da América Latina e Caribe, são oportunos para reforçar a dimensão política do Estado.⁹ O diálogo intersetorial é requisito essencial da ação do Estado para a construção de alianças, ferramentas vitais para cumprir com os princípios de universalidade e equidade, as quais devem nortear as intervenções em saúde.

Em uma visão de conjunto, a responsabilidade brasileira com relação aos compromissos assumidos na UNGASS não pode ser entendida se não se enfocam, concomitantemente, dois grandes atores essenciais no combate à epidemia: o governo e a sociedade civil organizada. Em cada um desses campos há diferentes processos de produção de lideranças e de perfis de atuação. Ressalta-se o trânsito de lideranças, em particular no sentido das ONG para o governo, mas também no sentido contrário, ponto que será debatido adiante. É sabido que uma das principais características que abonam a resposta brasileira à Aids é a articulação entre o governo e amplos setores sociais na condução de iniciativas para reduzir a incidên-

cia da infecção e lidar com os principais problemas que a população afetada se defronta. Desde o início da epidemia, como indica a documentação registrada em diversos estudos,^{4,5,10} a articulação entre esses dois atores foi fundamental para o desenho da resposta brasileira à epidemia. Paradoxalmente, esse traço peculiar da resposta brasileira à Aids, e que se considera ilustrativa para outros contextos, significa para o Brasil desafio dobrado no sentido de aperfeiçoar essa parceria e de vislumbrar novos caminhos na luta contra a epidemia. Se para alguns países do mundo ainda é necessário o convencimento da importância dessa articulação, aqui é estratégico sinalizar outras possibilidades de desenvolvimento de uma relação já plenamente consolidada e que precisa demarcar novos territórios e se engajar no cumprimento de compromissos cada vez mais complexos.

MONITORAMENTO DOS COMPROMISSOS RELATIVOS À LIDERANÇA NO CASO BRASILEIRO

Do ponto de vista do governo, deve ser reconhecida a iniciativa de monitorar o avanço dos compromissos da UNGASS e de fortalecer as capacidades gerenciais e técnicas que favoreçam a consecução dessas metas. O monitoramento de muitas ações realizadas revela a ação de lideranças. No que tange ao Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/Aids), por exemplo, se produziram importantes avanços na qualidade dos serviços de pré-natal e maternidades, tendo aumentado a cobertura de mulheres diagnosticadas para o HIV, principalmente gestantes, e diminuído as taxas de transmissão vertical. Outro dado importante é a articulação entre diversas áreas do Ministério da Saúde – Saúde da Mulher, Saúde da Família, Saúde da Criança e Nutrição – para pautar diretrizes que diminuam a transmissão vertical. Em todas essas ações reconhece-se a pressão e ação de lideranças do movimento feminista e de organizações de mulheres. Essas são, desde aquelas com ação mais localizada em bairros e regiões específicas, até instâncias de articulação nacional, como conselhos e ONG feministas com profunda penetração na mídia e forte influência sobre os poderes legislativo e executivo. Soma-se a isso a possibilidade de utilização do teste rápido para diagnóstico do HIV em populações expostas a maior risco ou de difícil acesso, normatizado por portaria ministerial, como estratégia de ampliação do acesso ao diagnóstico.* Tal conquista que traz a marca da ação de lideranças do movimento homossexual, do movimento de profissionais do sexo e de ONG que desenvolvem ações com usuários de drogas.

Lideranças produzidas no campo da sociedade civil,

notadamente nas ONG, desenvolvem sua ação por intermédio de projetos, em geral financiados por fundos do governo ou por financiadores internacionais. A busca da sustentabilidade para as ações das ONG, e por decorrência para a atuação das lideranças aí radicadas, forçou a criação de novas lógicas de transferência de recursos financeiros. Nesse caso, enfatiza-se o repasse de forma descentralizada, otimizando as possibilidades de sinergia entre o governo e os diversos grupos da sociedade civil, cujos principais feitos são analisados a seguir.

A iniciativa da sociedade civil de se envolver no monitoramento das metas da UNGASS representou um nível mais elaborado de financiamento de ações, sendo um referencial para visualizar o papel de vanguarda dos ativistas brasileiros. Com ela se valoriza a política de mobilização e a participação social que caracteriza as ONG no exercício do controle social previsto no Sistema Único de Saúde (SUS). Também as ONG brasileiras se fizeram ouvir e formaram parte da delegação oficial na reunião da UNGASS.⁷ O que se verificou é que as lideranças das ONG brasileiras não ficaram apenas restritas ao papel de executoras ou críticas do programa de Aids dentro do Brasil, mas vêm passando por um processo de apropriação dos conceitos de avaliação e monitoramento, bem como de ocupação de espaços nesse nível. Isso lhes permitiu atuar também como representantes do Brasil nas Nações Unidas, e particularmente nos fóruns decisórios, como o encontro da UNGASS em 2001, ilustrando a produção de lideranças brasileiras com destaque no cenário internacional da epidemia de Aids.

Não resta dúvidas que o papel das ONG continua a ser fundamental no trabalho com populações de difícil acesso e com setores marginalizados. A reiterada luta pelo cumprimento da garantia de acesso universal aos anti-retrovirais constitui bandeira de primeira linha da sociedade civil organizada. Durante o exercício de 2005, foram várias as conjunturas onde a escassez de medicamentos, ou a falta deles, requereu marcante postura da sociedade civil pela cobertura dos direitos estabelecidos na Constituição. As reivindicações têm sido de natureza diversa, desde a realização de atividades públicas de repúdio, encaminhamento de ofícios, até moção pública ao Ministério da Saúde para solicitar quebra de patentes de alguns anti-retrovirais, que consomem boa parte do orçamento nacional de assistência ao HIV/Aids.

A liderança das ONG se faz sentir também em outro espaço decisório a ser destacado, qual seja, o da Comissão Nacional de Aids, cujo papel é de assessora na formulação e implementação da política brasileira

*Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Portaria nº 34. Brasília (DF): Diário da União. Edição 145 de 29/7/2005.

de HIV/Aids. Ela incorpora uma multiplicidade de atores sociais, do governo e da sociedade civil, estreitamente vinculada com os destinos da epidemia. É também um fórum para dirimir posições sobre assuntos polêmicos como licenciamento compulsório de medicamentos, desenvolvimento tecnológico farmacêutico, defesa dos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV/Aids, luta contra a discriminação e estigma e reconhecimento da diversidade de orientação sexual, entre outros temas.⁶

No âmbito da sociedade civil, no Brasil, há a produção de lideranças vinculadas às igrejas. Em que pese sua particular visão da epidemia, promovem ações de promoção e prevenção do HIV/Aids. A Pastoral da Aids considera que o problema é compromisso de todos e suas atividades ultrapassam as fronteiras nacionais, fazendo intercâmbio com outros países. A igreja luterana realiza campanhas de mobilização em rede de emissoras levando mensagens de solidariedade, resgate de valores éticos e necessidade de respeitar pessoas vivendo com HIV/Aids.

AVANÇOS, DESAFIOS E PROBLEMAS NA META DE LIDERANÇAS

Como característica comum das formas de resposta aos compromissos da UNGASS no Brasil, no que diz respeito ao fenômeno liderança, há fatos concretos que mostram que ela vem sendo exercida de forma expressiva, pelo governo e pela sociedade civil. Ambas as instâncias revelam-se empenhadas em manter-se mobilizadas e sincronizadas na execução de políticas sociais mais inclusivas e no desenho de estratégias de ação de relevância social para o País. Entretanto, apontam-se fragilidades e descompassos que mostram a necessidade de afinar a capacidade de articulação entre esses dois atores e a inclusão de novos figurantes no cenário de enfrentamento da epidemia, aprimorando sua capacidade de cooperação e preenchendo vácuos.

Focalizando macro-políticas, é possível assumir uma postura otimista com os resultados. Árduas conquistas embasam o fato de o Brasil ter sido reconhecido mundialmente na sua liderança e na sua efetividade pela execução de uma resposta nacional que articula ações compreensivas de prevenção, de assistência, de tratamento e de direitos humanos com resultados significativos.⁸ A ação de lideranças da sociedade civil, do governo e da iniciativa empresarial privada transformou o Brasil em liderança mundial na luta contra a Aids. Contudo, o resultado é variado em termos de micro-políticas num país com características geográficas, sociais, econômicas e sanitárias de dimensões continentais. Nesse nível podem ser perce-

bidadas as principais fragilidades, que são tanto da ação de lideranças da sociedade civil quanto do governo.

Observa-se um panorama bastante diferenciado em termos da região e das metodologias de trabalho utilizadas dentre as organizações da sociedade civil. Algumas ONG se acomodam na certeza de projetos financiados pelo governo e não esgotam as possibilidades de expandir suas fontes de financiamento no exercício de uma prática profissional de captação de recursos. Não dispendo de meios para sustentabilidade própria, correm o risco de ficar reféns dos financiadores, limitando o desenvolvimento pleno de suas capacidades mais genuínas e de suas reflexões críticas.

Uma questão importante da experiência brasileira diz respeito ao continuado consumo de lideranças das ONG pelo setor governo, em particular o Programa Nacional e instâncias estaduais e municipais, num processo que se estende por todo o País. Não se dispõe de uma avaliação que abarque todas as particularidades do cenário nacional. Porém, ao olhar para os principais estados e municípios do País, conclui-se que a migração de lideranças das ONG para o setor governo abre um vazio de liderança na sociedade civil, que não é preenchido por indivíduos com a mesma densidade teórica e política de compreensão da epidemia.

A avaliação indica que a produção de lideranças por parte das ONG e de outras instâncias da sociedade civil talvez não esteja se fazendo na velocidade ou na quantidade necessária para acompanhar a enorme diversificação de questões atualmente suscitadas pelo enfrentamento da Aids. Identifica-se que o movimento social de Aids no Brasil simplesmente não tem lideranças para uma série de atuações, ou elas são em pequeno número. Isso se verifica na questão dos medicamentos e patentes, na cooperação entre países no âmbito do Sul-Sul, na presença e atuação nas redes que a sociedade civil construiu na América Latina e no mundo. O Brasil está claramente sub-representado nesses níveis. Também faltam lideranças que saibam dialogar e se inserir na luta mais geral do SUS e da saúde pública, o que pressupõe entender sua história, dinâmica e processos atuais.

De maneira similar ao que ocorre nas ONG, o próprio governo se acomoda no capital simbólico que lhe rendeu o reconhecimento de ter um programa de excelência, postergando uma resposta incisiva para alguns problemas basilares, como o cumprimento pleno da distribuição de medicamentos e das terapias anti-retrovirais. A descentralização constituiu um avanço na consolidação do SUS e um reconhecimen-

to às próprias organizações da sociedade civil como parceiras na luta contra a Aids. Porém, também propicia novos modos na gestão pública que ainda estão sendo construídos e assimilados de maneira lenta e diferenciada nos níveis estaduais e municipais de governo. Não é raro o registro de atrasos e o não cumprimento das atividades planejadas nos estados e municípios com relação à gestão da epidemia. Todas essas questões indicam um processo de burocratização e relativo “comodismo” das lideranças formadas no setor governo, que geriram a epidemia pouco atentas às grandes mudanças ocorridas nos últimos anos, como o surgimento de novos atores, o aprofundamento de velhos problemas e o desenho de novos cenários.

Ainda há problemas com o acesso a diagnóstico. Com relação aos insumos de prevenção, embora a distribuição de preservativos pelo governo venha aumentando ano após ano, são escassos os projetos de marketing social do preservativo e o custo para o consumidor é alto. Na assistência e promoção à saúde das crianças órfãs em decorrência da Aids, cujas estimativas não são consensuais, se verificam fragilidades. Acessar a população de usuários de drogas injetáveis é também um desafio para aperfeiçoar política de redução de danos.

Em numerosos fóruns e seminários, constatou-se que as ONG tiveram papel muito mais propositivo no desenho da experiência brasileira no início da epidemia, processo que agora sofre um esvaziamento. Os mecanismos de tecnificação e burocratização, vividos pelas ONG, reduziram muito essa possibilidade. Os processos de avaliação em andamento no País permitem exemplificar esta situação, em particular a ação das ONG. Citam-se, por exemplo, projetos propostos pelas ONG nos últimos cinco anos no Estado do Rio Grande do Sul. Em avaliação desses projetos, verificou-se uma estreita adesão das propostas àquilo que o formulário ou o edital prescrevem, e poucos projetos inovam. Por que não propor um programa de prevenção para a comunidade surda das grandes cidades, ou uma ação de visita domiciliar a donas de casa? Ou então, sugerir a atenção a uma população específica, como jovens membros de centros de tradição gaúcha, no sul do País e outras modalidades adequadas ao perfil cultural das regiões. As ONG, organizadas em fóruns e em outras instâncias de representação, colaboram na definição dos temas e na montagem dos editais publicados pelas coordenações estaduais de Aids. Entretanto, esse processo ainda parece se fazer orientado por uma forte lógica epidemiológica, deixando em segundo plano questões de natureza política próprias do terreno de trabalho das ONG.

Também se verificou o baixo ingresso de ONG com

atuação tradicional em outras áreas e com outras populações nos editais que fomentam o trabalho de intervenção em Aids. Mesmo as entidades classistas daquelas populações definidas como epidemiologicamente vulneráveis nos documentos oficiais (a exemplo dos caminhoneiros e dos mineiros, dentre outros), não formulam projetos de prevenção para concorrer aos editais de financiamento do PN-DST/Aids, e raras vezes são procuradas pelas ONG que tradicionalmente lidam com Aids para constituir parcerias, conforme pôde ser verificado pelas listagens de projetos aprovados nos últimos anos, veiculados na página de Internet do PN-DST/Aids.

Uma questão complexa é aquela que envolve a construção da liderança institucional de uma ONG frente a uma população específica. Por exemplo, a liderança que algumas ONG construíram na relação com as profissionais do sexo, em muitos locais do País, por vezes parece se converter num processo de tutoria dessa população. Há uma tendência a situar a ONG a meio caminho entre a população específica e os aparelhos de Estado, notadamente o serviço de saúde e as instâncias policiais. Ela realiza a intermediação em uma série de problemas, e “facilita” a vida tanto para os agentes de saúde e policiais quanto para a população-alvo. Desta forma, a liderança institucional da ONG parece apoiar-se num eterno procedimento de “representar” a população, não propiciando a construção de autonomia da representação da população por lideranças surgidas em seu interior.

Relacionada ao tema, já abordado, das dimensões continentais do Brasil, questão relevante refere-se aos enormes problemas das ONG do País em termos de disparidades entre elas. As ONG do Sul e Sudeste muitas vezes desenham projetos em parceria com outras do Nordeste, Norte ou Centro-Oeste. A idéia de que os “esclarecidos” vão levar o conhecimento aos “não esclarecidos” é escandalosamente evidente, o que compromete todo o discurso de respeito à produção local de saberes. A tendência de converter a experiência feita em fórmula pronta para exportação a outras regiões compromete uma formação de lideranças nacionais para atuar em nível mundial. Mais ainda, empobrece e reduz a experiência brasileira de resposta à Aids a poucos elementos. Seria mais enriquecedor mostrar uma experiência que envolva populações urbanas e rurais, do litoral, da floresta e do interior, da periferia das grandes metrópoles e das cidades de tamanho médio e pequeno; que trabalhe com índios, negros, brancos; diferentes recortes de gênero, de faixa etária, religião, de atividade profissional, de orientação sexual e outras tantas possíveis diferenças com que a expressão humana se manifesta. Enfim, enriquecer a experiência brasileira passa

por torná-la do tamanho do Brasil, e por formar lideranças com esta visão.

É positivo ver no documento da UNGASS muitos elementos que constituem parte essencial da resposta brasileira à Aids. Dentre esses destacam-se: o respeito aos direitos humanos e liberdades fundamentais; inseparabilidade entre tratamento e prevenção; direito de acesso aos medicamentos; confidencialidade; trabalhos em parceria com a sociedade civil e com pessoas vivendo com HIV/Aids, assim como o reconhecimento do papel da liderança como elemento mobilizador a favor da causa contra a Aids. Tudo isso leva a pensar que o Brasil pode ser um potencial celeiro de lideranças na área da Aids, construída na relação com a capacidade acumulada pelos países. O conceito de liderança no documento da UNGASS está articulado com as idéias de compromisso e ação, e aponta para uma nova ética no exercício do poder. Essa construção de uma nova ética passa pela capacidade da liderança em produzir conceitos. Tanto as lideranças do movimento social quanto as lideranças do setor governo podem ser vistas como produtoras de conceitos, ferramentas que se trazem ao mundo, que implica também novos modos de ver as coisas. Isso se verifica no Brasil com a construção dos conceitos de solidariedade, vida antes da morte, pessoas vivendo com Aids, e na importação e adaptação local de conceitos como sexo seguro, dentre muitos outros. A questão é se há atualmente no País uma produção conceitual por parte das lideranças afinada com as necessidades políticas de enfrentamento da Aids, e como ela tem se produzido no interior do movimento

social. Nessa perspectiva cabe indagar: foram geradas no Brasil lideranças negras que assumem a questão da luta contra a Aids? Registram-se lideranças sindicais que a incorporam? Conceberam-se lideranças de luta contra a Aids no interior das forças armadas? Germinaram lideranças no movimento dos sem-terra e dos sem-teto que colocam a questão da Aids em suas agendas? Criaram-se lideranças entre cuidadores de crianças órfãs? Isto é, ampliou-se o foco das tradicionais lideranças em Aids para o conjunto das forças sociais existentes no País? A produção de lideranças que atuam no campo da Aids não deve se alimentar apenas de quadros saídos da luta da Aids; precisa ser ampliada a todos os setores sociais. É indispensável ter, no meio dos professores públicos, por exemplo, lideranças autorizadas a tratar do tema da Aids, reconhecidas em seu ambiente de formação. O crescimento da epidemia entre segmentos da terceira idade leva a perguntar: existem lideranças entre os aposentados em relação à Aids? Certamente o Brasil ainda está longe disso.

É consenso que “para uma crise global da Aids, temos que pensar em soluções globais”,¹² e isto implica a formação de lideranças. Estas, do interior de experiências concretas e bem sucedidas, do ponto de vista político e técnico, como é o caso da brasileira, podem pensar soluções viáveis em áreas cada vez mais abrangentes do mundo, respeitando numerosas particularidades locais. Entretanto, é pertinente apontar também que o mundo, apesar de suas grandes diferenças, tem homogeneidades enormes que perpassam as diversas feições com que a pandemia se configura.

REFERÊNCIAS

1. Andrews CW. Implicações teóricas do novo institucionalismo: uma abordagem Habermasiana. *Rev Cienc Soc.* 2005;48(2):271-99.
2. Bobio N. Teoria geral da política. Rio de Janeiro: Editora Campus; 2000.
3. Dazon JP, Fassin D. Critique de la santé publique, une approche anthropologique. Paris: Éditions Ballard; 2001.
4. Galvão J. Access to antiretroviral drugs in Brazil. *Lancet.* 2002;360:1862-5.
5. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. A resposta brasileira ao HIV/Aids: expectativas exemplares. Brasília (DF); 1999. Atuação das ONG; p. 148-63.
6. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Aids. Comissão Nacional de Aids. Coleção DST/Aids. Brasília (DF): Série n° 7; 2003.
7. Naciones Unidas. El Sida ha pasado a ser una cuestión de primer orden en el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas. Nueva York: 2001.
8. Oliveira-Cruz V, Kowalski J. The Brazilian HIV/AIDS success story— can other do it? *Trop Med Int Health.* 2004;9:292-7.
9. Organización Panamericana de Salud. Plan Regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015. Washington (DC); 2005.

10. Parker R. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/Aids no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/Aids, 1982-1996. *Divulg Saúde Debate*. 2003;27:8-49.
11. Pollak M. Histoire d'une cause. In: Thiaudiere C. *L'Homme Contaminé, La Tourmente du Sida*. Paris: Éditions Autrement; 1992. p. 24-39.
12. Santos BSA. Crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. vol. 1. São Paulo: Cortez Editora; 2001.
13. UNAIDS. Intensifying HIV prevention. Geneve; 2005.
14. UNAIDS. Monitoring the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on construction of core indicators. Geneve; 2005.
15. United Nations Special session for HIV/AIDS. UNGASS. Declaration of Commitment. New York; 2001.