

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

LUIZ CLAUDIO MARQUES CAMPOS

**ESTADO E TERCEIRO SETOR NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS**  
O Programa Nacional de DST/Aids  
1994-2005

SÃO PAULO  
2005

LUIZ CLAUDIO MARQUES CAMPOS

**ESTADO E TERCEIRO SETOR NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS**  
O Programa Nacional de DST/Aids  
1994-2005

*Dissertação apresentada à Escola de Administração  
de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio  
Vargas, como requisito para obtenção do título de  
Mestre em Administração Pública e Governo*

Campo de Conhecimento: Transformação do Estado  
e Políticas Públicas

Orientadora: Profa. Dra. Regina Silvia Pacheco

SÃO PAULO  
2005

Campos, Luiz Claudio Marques

Estado e Terceiro Setor na Prestação de Serviços  
Públicos: O Programa Nacional de DST/Aids 1994-2005 /  
Luiz Claudio Marques Campos. – 2005

150 f.

Orientadora: Regina Silvia Pacheco

Dissertação (mestrado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo

1. 2. 3. I. Pacheco, Regina Silvia. II. Dissertação  
(mestrado) – Escola de Administração de Empresas de São  
Paulo. III. Título

CDU \*\*\*.\*

LUIZ CLAUDIO MARQUES CAMPOS

**ESTADO E TERCEIRO SETOR NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS**  
O Programa Nacional de DST/Aids  
1994-2005

*Dissertação apresentada à Escola de Administração  
de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio  
Vargas, como requisito para obtenção do título de  
Mestre em Administração Pública e Governo*

Campo de Conhecimento:

Transformação do Estado e Políticas Públicas

**Data de aprovação:**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Banca Examinadora:**

---

Profa. Dra. Regina Silvia Pacheco (Orientadora)  
FGV-EAESP

---

Profa. Maria Rita G. Loureiro Durand  
FGV-EAESP

---

Profa. Fabíola Zioni  
Faculdade de Saúde Pública/USP

Dedico este trabalho a toda àquela  
“gente fina, elegante e sincera, com  
habilidade pra dizer mais ‘sim’ do  
que ‘não’ ”.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de iniciar os agradecimentos enfatizando bastante, que este trabalho foi feito de forma coletiva... se hoje ele pode ser finalizado, é tão somente porque ao longo destes meses encontrei pessoas muito generosas que estavam dispostas a compartilhar seus conhecimentos, discutir idéias, indicar fontes de pesquisa e a me apoiar nesta empreitada que exigiu esforço hercúleo e muita dedicação.

Há uma lista enorme de pessoas a agradecer e cada uma de vocês teve uma contribuição muito importante, inestimável.

Inicialmente, agradeço a Deus, ainda que no momento não saiba exatamente o que Ele significa e como age junto à humanidade. Ainda assim, é a Ele que recorro nos momentos mais difíceis e quando quero agradecer as boas coisas que acontecem na minha vida.

Agradeço muito a meus pais (Flávio e Bete) e meus irmãos (Dani e Flávio) pelo apoio e incentivo incondicionais, ainda que isto tenha significado o sacrifício do convívio e do gozo dos momentos em família. Agradeço em especial a meu pai e ao tio Wesley por me transmitirem a consciência da importância do estudo e do conhecimento na vida de qualquer pessoa. É incrível como o conhecimento é capaz de nos libertar e de nos fazer alçar vãos mais altos.

Agradeço à Fundação Konrad Adenauer, na pessoa de seu diretor, dr. Wilhelm Hofmeister, primeira instituição sem fins lucrativos onde trabalhei e que me acolheu de braços abertos. Da mesma forma, agradeço à Oficina Municipal, na pessoa de seu diretor, José Mario Brasiliense Carneiro, instituição parceira da Fundação Adenauer, onde também trabalhei. Nestas duas instituições tive a oportunidade de um contato mais profundo com a gestão pública no Brasil, de intercâmbio com gestores, políticos e estudiosos da área, sem contar no valoroso intercâmbio com estes mesmo profissionais, a partir da cooperação existente entre Brasil e Alemanha.

Foram estas duas instituições que também me apoiaram e deram as condições para que eu iniciasse o curso de mestrado na EAESP/FGV.

Na sequência, agradeço à Associação Pact do Brasil, organização na qual trabalho atualmente, nas pessoas de seus diretores Xavier Alterescu e Eduardo Nunes. A Pact tem me dado oportunidades inestimáveis de crescimento profissional e de poder contribuir na luta

contra o HIV/Aids. Se apresento esta dissertação e seu conteúdo, em grande parte isso se deveu ao trabalho lá desenvolvido.

Outras pessoas no meu convívio profissional me são muito especiais e foram imprescindíveis na construção deste trabalho. Não tenho com elas apenas relações de trabalho, mas relações de amizade que muito valorizo.

Primeiramente, tenho de agradecer à Márcia Hirata e Valeria Trezza, verdadeiras amigas que em um momento de mudança em minha trajetória profissional tiveram grande importância e me deram todo o apoio necessário. Devo em muito a elas as oportunidades que tive de trabalho no Terceiro Setor.

Cristina Câmara, que logo quando cheguei à Pact, e ainda mal me conhecendo, se sentou comigo e me deu elementos que foram fundamentais na minha decisão em focar a dissertação na política de HIV/Aids. Da mesma forma, me indicou contatos para entrevistas e material de pesquisa, motivo pelo qual lhe sou muito grato. Me surpreende e me fascina sua trajetória profissional, sua firmeza de princípios, seu compromisso na luta contra o HIV/Aids, bem como seu conhecimento no campo das ciências sociais.

À Lilia Rossi, sereia loira carioca, que se desdobrou para me ajudar de todas as formas possíveis e impossíveis, contatando entrevistados, discutindo idéias, fornecendo material de pesquisa e compartilhando generosamente toda sua experiência como gestora no Programa Nacional de DST/Aids, não só quando da entrevista no PN, quando então a conheci mais de perto, mas também agora no cotidiano de trabalho na Pact. À você também sou muito grato, e sei que você sabe disso.

Agradeço aos meus outros colegas de trabalho, primeiramente na Oficina Municipal: Alina, minha irmã paulistana, que muito me ajudou nesta reta final com as bases de dados dos projetos de ONGs, face à minha total ignorância para assuntos quantitativos. Lais Cristina, modelo de profissional na área pública e terceiro setor, Anderson, Florian e Carminha (parceira de projetos pelo Centro de Estudos e Pesquisa em Administração Municipal – CEPAM, do governo do estado de São Paulo).

E aos da Pact Brasil, Draurio Barreira, Luciana Tiemi, Lucia Barros, André Cunha e Paula Dias, pelas incansáveis discussões sobre a temática do HIV/Aids e pela disposição em me ajudar; em especial agradeço à Verônica Machado, que por diversas vezes revisou meus textos e esteve ao meu lado, me apoiando em alguns momentos difíceis.

Agradeço aos gestores e ex-gestores do PN que me receberam, concederam entrevistas e material de pesquisa; em especial meus agradecimentos à Ieda Fornazier, Altamira e Carina

Bernardes, as quais me orientaram e me “guiaram” pelos corredores do PN durante a fase de pesquisa e no agendamento das entrevistas e coleta de informações.

Aos meus “acolhedores” em Brasília, no período de pesquisa, com muita gratidão: Vera Menezes, que também se desdobrou de todas as formas imagináveis para me ajudar, orientar e buscar materiais de pesquisa, Suely Andrade e Mauro Siqueira. E também Rosa Oliveira, lá de Florianópolis.

À ABIA e ao Davida, ONGs que me acolheram em seus centros de documentação, na pessoa do Veriano Terto Jr. e Gabriela Leite.

Aos amigos, quase irmãos, dos quais nunca também faltou o suporte, apoio e entendimento pelos meus momentos de ausência: Luiz Carlos (Xará) e Vitor. Agradeço também ao Tato, por todo o apoio e paciência.

À EAESP-FGV, pela oportunidade de cursar e concluir este curso de mestrado, que muito me acrescentou, direcionou profissionalmente e abriu inúmeros campos de possibilidades. Aos colegas de turma, Paula Pedroti, Cibela Francese e Fernanda Meireles, em especial Lilia Asuca e Elisa Laroude, com quem compartilhei os momentos de angustias inerentes a este processo.

Ao Armando, exímio revisor que aceitou esta empreitada e a realizou em tempo recorde.

O projeto também contou com o apoio inestimável da CAPES e do GV Pesquisa, a quem muito agradeço.

E por fim, meus agradecimentos e gratidão à minha querida orientadora Regina Pacheco, que esteve ao meu lado desde os primeiros momentos do mestrado esteve comigo, lendo os primeiros e incompletos rascunhos de uma proposta de dissertação até os capítulos quase definitivos. Nesta trajetória, sua orientação foi essencial para que eu não desviasse o foco do meu trabalho e não perdesse de vista a dimensão mais macro dos temas da Administração Pública e da Reforma do Estado, aqui discutidos e refletidos.



## RESUMO

O presente trabalho busca analisar os motivos pelos quais o Estado realiza parceria com organizações da sociedade civil na prestação de serviços públicos. Para tanto, tomamos como exemplo a política pública nacional de combate ao HIV/Aids, capitaneada pelo Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, tido como referência na realização de parcerias com estas organizações. A análise é conduzida tentando responder três questões básicas: os motivos da parceria, as áreas ou as modalidades de serviço onde esta parceria ocorre e como se dão os mecanismos de contratualização. O trabalho mostra a construção de uma política de parcerias a partir da constatação das dificuldades do Estado em prestar diversos serviços dentro desta política, serviços estes que já eram executados com sucesso por muitas organizações não-governamentais. A partir disso se estabelece uma espécie de divisão de trabalho, na qual as ONGs desempenharão diversas atividades no campo da prevenção, assistência e direitos humanos, notadamente com as chamadas populações mais vulneráveis à epidemia. Após vários anos centralizada no governo federal, esta política passa por um processo de descentralização, inserindo de forma mais definitiva os níveis estadual e municipal de governo. No bojo deste processo, percebe-se um conflito ainda não resolvido a respeito da “titularidade” destes serviços: se serão incorporados pelo Estado ou se continuarão sendo executados pelas ONGs. Apesar disso, a política de descentralização foi pactuada de forma a se garantir que um percentual mínimo de recursos destinadas a cada unidade da federação seja destinado ao apoio de projetos destas organizações, representando uma institucionalização desta política de parcerias.

Palavras-chave: Estado, terceiro setor, parceria, organização não-governamental, organização da sociedade civil, HIV/Aids, serviços públicos, descentralização.

## **ABSTRACT**

This dissertation aims at analyzing the reasons why State contracts civil society organizations to deliver public services. In order to do that, we take as example the national HIV/Aids public policy, conducted by the National Aids Program of the Ministry of Health, which is a well known reference in making partnerships with these organizations. The analysis is developed trying to answer 3 questions: the reasons of the partnership, the areas or sorts of services where this partnership happens and what are the contract mechanisms. The dissertation shows the construction of a partnership policy, starting from the difficulties of State in providing many services in HIV/Aids policy, which were already well delivered by non-governmental organizations. It is established a task-division, in which NGOs will deliver many activities on prevention, care and human rights, especially with to so-called most vulnerable population groups. After few years of centralization in federal government, this policy is being decentralized, stronger involving local levels of government. Inside this process, there is a conflict, not solved yet, regarding the “ownership” of these services: whether they will be absorbed by State or will keep being delivered by NGOs. Even though, decentralization policy stated a way to guarantee a minimum percentage of funds in each state of federation, which shall be used in NGOs projects and means an institutionalization of this partnership policy.

**Keywords:** State, third sector, partnership, non-governmental organization, civil society organization, HIV/Aids, public services, decentralization.

## **LISTAS DE DESENHOS, TABELAS, SIGLAS E SÍMBOLOS**

Quadro 1 – Modelos de relações entre Estado e terceiro setor.

Quadro 2 – Papel das VNPOs – *Voluntary Non-Profit Organizations* em quatro países.

Quadro 3 – Evolução do Orçamento do PN 1989-1995

Tabela I – Brasil – Número de projetos de ONGs apoiados – Aids I e Aids II.

Quadro 4. Sistemáticas de Contratualização na Política de HIV/Aids – aspectos básicos em comparação.

Quadro 5. ONGs – Fontes de Financiamento I.

Quadro 6. ONGs – Fontes de Financiamento II.

Quadro 7. Caracterização das modalidades de projetos.

Quadro 8. Competências de Financiamento segundo Modalidade de Projetos e Abrangência de Ação.

Tabela VI. Médias de recursos destinados às Organizações da Sociedade Civil por Unidade Federada de 1999 a 2004 e valor proposto para o Plano de Ação e Metas - PAM/2005

### **Anexo I**

Tabela II – Brasil – Número de projetos de ONGs apoiados entre 1993 e 1998.

Tabela III – Brasil – Número de projetos apoiados via Agências Nações Unidas entre 1999 e 2005 por tipo de organização.

Tabela IV – Brasil – Número de projetos apoiados via Agências Nações Unidas entre 1999 e 2005 por tipo de organização e tipo de população.

Tabela V – Brasil – Número de projetos apoiados via Agências Nações Unidas entre 1999 e 2005 por tipo de organização e tipo de população.

### **Anexo II**

Quadro 3 – Atividades e serviços prestados por ONGs I.

Quadro 4 – Atividades e serviços prestados por ONGs II

# SUMÁRIO

## **Introdução**

Esclarecendo conceitos

Metodologia

## **1. O Estado e as organizações da sociedade civil – breve evolução histórica**

## **2. Histórico do combate ao HIV/Aids (1981-1993)**

2.1 A Aids no Mundo

2.2 A Aids no Brasil: a implantação de uma política nacional de combate ao HIV/Aids

2.3 Considerações finais

## **3. A Construção da Política de Parceria**

3.1 Projeto Previna: a primeira experiência

3.2 A influência do Banco Mundial

3.3 Características do Aids I e processo de negociação do Acordo de Empréstimo

3.4 Conhecimentos prévios sobre a epidemia, ação consolidada e inovações

3.5 Acessibilidade a populações mais vulneráveis e/ou de difícil acesso

3.6 ONGs com estruturas mais flexíveis/dinâmicas

3.7 Transferência de atividades: lógica econômica e diminuição do tamanho do Estado

3.8 Considerações Finais

## **4. Serviços em HIV/Aids: divisão de trabalho e especificidades**

4.1 Aspectos principais da divisão de trabalho na política de combate ao HIV/Aids

4.2 Advocacy e assessoria jurídica

4.3 Casas de Apoio

4.4 Conseqüências da divisão de trabalho

4.5 Considerações Finais

## **5. Contratualização**

5.1 Descrição da sistemática de contratualização com ONGs no PN DST/Aids

5.2 Descentralização e mudanças na sistemática de contratualização

5.3 Considerações Finais

## **6. Considerações Finais**

## **Referências bibliográficas**

**Anexo 1 Tabelas de projetos financiados entre 1990 e 2005**

**Anexo II Materiais de comunicação produzidos por ONGs e quadros de atividades**

**Anexo III Campanhas de mídia para populações mais vulneráveis ao HIV/Aids**

**Anexo IV Relação dos gestores e ex-gestores do PN entrevistados**

# INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca analisar a questão da parceria entre o Estado e Organizações da Sociedade Civil na produção de serviços públicos, procurando entender os motivos que levam a um arranjo onde o Estado tem a função primordial em financiar e monitorar enquanto a prestação dos serviços fica a cargo destas organizações. Tais arranjos podem significar o estabelecimento de princípios de colaboração e divisão de trabalho, com distintos campos de atuação destes dois atores em determinada política pública.

Como pano de fundo da análise, encontra-se um contexto de reforma e transformações do Estado, a questionar um padrão estatal exclusivo na produção de bens e serviços públicos, somado ao processo de redemocratização da sociedade brasileira.

Para tanto, tomaremos como exemplo a política pública de combate ao HIV/Aids.

A Aids surgiu no mundo contemporâneo como uma nova epidemia, rapidamente atingindo proporções globais e desafiando países e os mais diversos setores de suas sociedades a buscar soluções e alternativas para combater um vírus mortal e as diversas mazelas por ele trazidas.<sup>1</sup>

Desde o início da década de 1980, vimos surgir e se desenvolver uma ampla variedade de respostas à epidemia, sob diversos enfoques e capitaneadas tanto por indivíduos como por instituições: programas governamentais, organizações não-governamentais e associações comunitárias, empresas, hospitais, indústria farmacêutica, igrejas, sindicatos, agências das Nações Unidas e agências internacionais de financiamento. Esse conjunto constituiu um “complexo mosaico” enquanto reação coletiva à epidemia (Galvão, 2000:16; Mann & Tarantola, 1996:312).

Um dos aspectos internacionalmente vistos como positivos nesse contexto consiste na ampla participação das chamadas ONGs/Aids,<sup>2</sup> observada em diversos países (Altman, 1995; Mann & Tarantola, 1996), dentro de uma visão que busca incluir não apenas políticas e programas públicos, mas um conjunto mais amplo de respostas sociais e procedimentos vindos da própria sociedade (Bill Rau, citado em Parker, 2003:8).

---

<sup>1</sup> Em 2004, estimava-se que 600 mil indivíduos de 15 a 49 anos estariam vivendo com HIV/Aids no Brasil. Até junho de 2004, haviam sido registrados 362.364 casos de Aids. Dentre estes, estavam computados 160 mil óbitos até 2003 (Ministério da Saúde, 2005c)

<sup>2</sup> ONGs: Organizações Não-Governamentais. Aids: sigla (em inglês) para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. O significado e o uso desses termos serão analisados mais adiante.

Credita-se às ONGs/Aids o pioneirismo nas respostas iniciais contra a epidemia e as pressões junto a governos para que estes também desenvolvessem programas que suprissem as necessidades das pessoas infectadas e das populações mais afetadas (Altman, 1995; Mann & Tarantola, 1996; Parker, 2003; Teixeira, 1997; Galvão, 2000).

Na visão de Altman (1995:21):

sem reações fortes originadas na comunidade, os melhores recursos dos sistemas de saúde pública não serão capazes de enfrentar a crise da Aids. Infelizmente, na maioria dos países os sistemas de saúde pública estão muito distantes de serem ao menos minimamente adequados, tanto por preconceitos e falta de vontade política quanto pela falta de recursos. Uma das principais metas do movimento de comunidade de base tem sido levar os administradores públicos, lentamente, a reconhecerem as multifacetadas necessidades de uma estratégia adequada em relação ao HIV/Aids.

No Brasil, as primeiras notícias sobre o então desconhecido vírus datam de 1981 (Galvão, 2000) e os primeiros casos são diagnosticados logo em seguida, em 1982. Já em 1983, as primeiras atividades visando compreender e agir contra esse novo mal aconteceram no estado de São Paulo, envolvendo sua Secretaria de Saúde, profissionais da área da saúde e ativistas homossexuais, no que se considera o marco inicial da resposta brasileira ao HIV/Aids.

Posteriormente, essa resposta se desenvolveria em nível nacional, com a criação, entre 1985 e 1986, do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde (PN), que assume hoje posição de destaque mundial e é considerado referência, especialmente para os países em desenvolvimento (afirmação da Unaid, citada em Ministério da Saúde, 1998a).<sup>3</sup>

A literatura tem descrito um “modelo brasileiro” para a resposta contra a Aids, também composto por uma variedade de atividades de prevenção e controle do HIV/Aids por meio de programas governamentais, organizações não-governamentais e outros setores da sociedade civil, como organizações religiosas e empresas (Parker, 2003; Galvão, 2002).

Nesse modelo destaca-se a contribuição do que ficou conhecido como ONGs/Aids, a categoria geral que passou a ser usada na descrição de uma variedade de respostas culturais e

---

<sup>3</sup> Consideramos que o caráter “ampliado” dessa resposta é o responsável por importantes ganhos no combate à epidemia no Brasil, a se refletir no número relativamente baixo de casos oficialmente notificados (denotando um controle relativamente eficaz na expansão da epidemia), na ênfase aos direitos humanos, especialmente das pessoas vivendo com HIV/Aids e das populações mais vulneráveis ao vírus, no uso dos recursos provenientes do Banco Mundial, na forma como se tem lidado com as questões envolvendo patentes de remédios e pela decisão em garantir acesso universal aos medicamentos anti-retrovirais na rede pública de saúde.

organizacionais à epidemia vindas de organizações não-governamentais de serviços para a Aids (Parker, 2003).<sup>4</sup>

Assumindo em um primeiro momento postura crítica e de caráter contestatório à ação inexistente ou insuficiente do Estado, as relações entre ONGs/Aids e Estado vão se transformando ao longo dos anos, evoluindo para um caráter mais propositivo e de coresponsabilidade.

Inicialmente apresentando atuação insatisfatória e irregular, o PN se consolidaria em 1992, a partir de um processo de reestruturação que culminou na obtenção de um primeiro empréstimo do Banco Mundial, permitindo uma inédita expansão de suas atividades.

Nessa mesma evolução, foram-se buscando formas de apoio e integração do trabalho que vinha sendo desenvolvido pelas ONGs/Aids, aspecto que também se estruturou a partir desse empréstimo, permitindo financiamento público e apoio técnico a inúmeros projetos nas áreas de prevenção, assistência e direitos humanos.

A criação de mecanismos que possibilitaram a ampliação da participação da sociedade civil na construção de respostas sociais à epidemia é considerada um dos aspectos mais inovadores do PN (Ministério da Saúde, 2001c). Além de “partilhar” a gestão das políticas públicas de combate às DST/HIV/Aids com os diversos atores sociais envolvidos – como já expresso em sua missão –, o PN tem como um de seus objetivos “fortalecer as instituições públicas e organizações comunitárias que lidam com as DST e a Aids no País” (Ministério da Saúde, 1998a).

As atividades de defesa de direitos estabeleceram as ONGs/Aids como a “consciência moral” da epidemia. No Brasil, talvez mais do que em outros países, as ONGs/Aids se tornaram inicialmente os mais sinceros críticos da política do governo, e, posteriormente, parceiros indispensáveis (Parker, 2003).

As ONGs/Aids são consideradas mais próximas ao cotidiano das pessoas vivendo com HIV/Aids e de outras populações vulneráveis, as quais não acessam espontaneamente o serviço público de saúde ou não encontram respostas adequadas para suas necessidades. Oferecem, ainda, serviços à população e trazem iniciativas muitas vezes consideradas mais resolutivas e inovadoras do que proposições iniciais governamentais ou de setores médicos convencionais (Ministério da Saúde, 1998a, 2001c).

---

<sup>4</sup> Segundo Câmara e Lima (2000) e Galvão (2000), a consagração e a legitimação desta sigla – ONG/Aids – por meio da qual as organizações brasileiras que trabalhavam com a temática da Aids passaram a se denominadas ocorreu em um encontro nacional na cidade de Porto Alegre, no ano de 1989.

Em resumo, é impossível imaginar a resposta brasileira à Aids sem o fornecimento de serviços essenciais pelas ONGs ou sem sua função de controle social exercida sobre a ação estatal no combate à epidemia (Parker, 2003).

Com base no contexto aqui delineado, o presente trabalho terá como objetivo central analisar alguns aspectos da formação dos vínculos de parceria entre o Estado – na figura do governo federal, mediante o Programa Nacional de DST/Aids – e as Organizações Não-Governamentais dentro da política de combate ao HIV/Aids.

Para isso, buscaremos desenvolver a análise a partir de três perguntas básicas:

- Por que o governo federal (por meio do PN) realiza parcerias com as ONGs para a realização de serviços na área de DST/Aids? Quais os motivos que o levaram a considerar a participação ativa dessas organizações no desenho da política nacional de combate ao HIV/Aids?
- Em que consistem tais serviços?
- Como se dão os mecanismos de “contratualização” dessas parcerias?

Considerando estas três perguntas, o trabalho se entenderá por mais cinco capítulos.

O Capítulo 1º traz uma breve revisão da literatura sobre as relações envolvendo Estado e Sociedade Civil, mais especificamente as relações entre Estado e organizações surgidas da sociedade civil. Mostramos o fenômeno de expansão dessas organizações, a partir de um cenário de crise e reforma do Estado e de redemocratização da sociedade brasileira e como, a partir disso, podem se construir possíveis e diferentes “encontros” (Teixeira, A., 2003) entre ONGs e Estado.

O Capítulo 2 traça um breve histórico da epidemia de Aids, especialmente no Brasil, entre 1981 – quando surgem as primeiras notícias sobre o vírus HIV – e 1994 – data do primeiro acordo de empréstimo com o Banco Mundial –, buscando mencionar o surgimento das primeiras respostas governamentais e não-governamentais e as formas como as duas partes se relacionaram e evoluíram.

Destacaremos o contexto político de redemocratização da sociedade brasileira e de construção do Sistema Único de Saúde durante a década de 1980, mostrando sua influência no surgimento e na configuração dessas respostas.

O histórico nos mostra que a eclosão de uma nova doença como a Aids fez surgir uma série de respostas comunitárias tanto no Brasil como no resto do mundo, tendo provocado interações destas com o Estado. Da mesma forma, tornou praticamente obrigatória a criação



de programas governamentais, locais e nacionais, como estratégia imprescindível no combate à epidemia, estabelecendo-se um novo campo de política pública e a necessidade de parcerias com outros atores sociais.

O Capítulo 3 tratará mais especificamente dos motivos da parceria entre governo federal e ONGs. Buscaremos traçar alguns elementos da gênese dessa parceria quando das negociações para o primeiro acordo de empréstimo junto ao Banco Mundial. Parece não haver dúvida de que esse empréstimo foi decisivo na estruturação do PN – bem como dos componentes básicos da política pública de combate ao HIV/Aids –, além de ter possibilitado o estabelecimento de um sistema de apoio a projetos de ONGs, que passaram a ser financiadas por meio de concorrências públicas.

Nossa hipótese é a de que a decisão pelo apoio governamental a projetos de ONGs e sua incorporação como elemento essencial da política de combate ao HIV/Aids estavam relacionadas, naquele momento, à inexistência de uma estrutura estatal que pudesse dar conta dos desafios colocados por uma nova epidemia. O *know-how* já vinha sendo desenvolvido pelas ONGs desde a década anterior em uma série de trabalhos de prevenção, assistência e direitos humanos – especialmente junto a segmentos populacionais mais vulneráveis, de difícil acesso e com os quais o Estado não possuía experiência de trabalho –, e era necessário contar com o apoio político desses atores sociais em um momento decisivo de expansão do PN.

Possuindo uma estrutura de trabalho mais flexível que a estatal, as ONGs desenvolveram um intenso trabalho de educação entre pares (*peer education*) e busca ativa pelas populações-alvo da política (*outreach work*), o qual vai além da simples prevenção ou assistência e engloba questões mais amplas, envolvendo a busca de uma cidadania integral para tais pessoas, vítimas de forte estigma social, e sua inserção em políticas públicas.

Nesse contexto, discutiremos também a influência do Banco Mundial na construção desse modelo de parceria, questionando suas motivações para atuação no campo do HIV/Aids e sua visão sobre a atuação de governos e ONGs nesse campo.

Respondendo à segunda questão, o Capítulo 4 buscará delimitar as áreas de atuação das ONGs, partindo da hipótese de que a evolução da epidemia no Brasil acabou por estabelecer uma nítida – porém não formalizada – divisão de trabalho entre Estado e ONGs. Os motivos que levam a essa divisão estão intrinsecamente ligados aos motivos da parceria estabelecida, discutidos no capítulo anterior.

Ou seja, as ONGs desempenham diversas tarefas em substituição ao Estado, quando este encontra dificuldades ou mesmo se mostra inoperante, em função dos limites de sua

estrutura. Isso ocorre principalmente nas atividades de prevenção junto aos segmentos populacionais mais vulneráveis, mas também envolve ações relacionadas a direitos humanos e assistência. Buscando detalhar um pouco mais essas atividades, discutiremos duas das iniciativas, as quais se tornaram reconhecidas como de ‘titularidade’ das ONGs: os serviços de assessoria jurídica e *advocacy* e as Casas de Apoio.

É interessante notar, a partir das características dos serviços prestados pelas ONGs, que elas podem se assemelhar em diversos aspectos à chamada *Street-Level Bureaucracy* (Lispsky, 1980), em face da proximidade e contato com seus públicos e dos benefícios oferecidos no âmbito de seus projetos, resultando em uma importante instância de *policy delivery* no campo do HIV/Aids. Mas a divisão de trabalho estabelecida concentrou nas mãos do Estado, de forma enfática, aqueles serviços que requerem estrutura hospitalar e laboratorial ou que se mostram indelegáveis – por exemplo, a vigilância epidemiológica –, bem como a compra e a disponibilização de medicamentos e insumos de prevenção.

Delimitada essa divisão, refletiremos também sobre algumas de suas conseqüências e sobre dilemas atualmente propostos. Estes incluem a discussão acerca do caráter complementar das atividades das ONGs, considerando a própria natureza das atividades por elas desempenhadas, mas também a sua comparação com outros programas governamentais que apresentam traços semelhantes, como o Programa de Saúde da Família (PSF). Nossa discussão focalizará, ainda, a preocupação relacionada à caracterização da natureza dessas atividades, se imbuídas de um espírito efetivo de parceria ou se vistas como terceirização de serviços.

Quanto à divisão de trabalho construída ao longo dos anos, apesar de necessária, parece ser questionada por gestores e ex-gestores federais ouvidos, sob a alegação de que teria impedido a incorporação de várias atividades dentro do SUS. Parece haver um entendimento de que a política pública em HIV/Aids só seria completa caso o SUS fosse capaz de garantir esses mesmos serviços que, ao longo do tempo, vinham sendo prestados pelas ONGs.

Com base nessas afirmações, discutimos em que medida haveria uma oposição intrínseca entre o apoio dado pelo Estado a essas ONGs e uma suposta necessidade de incorporação de tais atividades na estrutura do SUS, buscando relacionar as falas dos gestores aos paradigmas do conflito e da colaboração, colocados inicialmente pela literatura estudada.

O Capítulo 5 trata das questões envolvendo a “contratualização” dessas relações de parcerias. Um dos pilares da política de apoio a ações de ONGs é a realização de concorrências públicas de projetos. Os escolhidos celebram termos de cooperação que

envolvem a “intermediação” de agências do Sistema Nações Unidas (como Unesco e UNODC) e que trazem regras a serem seguidas.

A política federal, por sua vez, passa por um intenso processo de descentralização iniciado em 2000 e que influencia a sistemática de contratualização, até então centralizada no governo federal. Traz ainda a inclusão mais intensa e definitiva dos governos estaduais e municipais na pactuação da política pública e influencia a divisão desse trabalho junto às ONGs, gerando novos pontos de interface e de conflito.

Assim, buscamos desenvolver algumas comparações entre esses dois sistemas de contratualização: o centralizado, presente desde o início das concorrências, e o descentralizado, cuja implantação vem sendo feita gradativamente, mostrando os desafios nessa transição. O destaque aqui é dado pela chamada “Política do Incentivo”, que estabelece nesse processo de descentralização a aplicação de um percentual dos recursos destinados a cada unidade federada ao financiamento das ações desenvolvidas em parceria com ONGs.

Permeando essa análise, encontra-se a reflexão sobre as possibilidades de se construir mecanismos institucionais eficientes que garantam o repasse regular de recursos às OSCs, a partir do momento em que estas são consideradas executoras de uma política pública, fato este que parece estar fortemente vinculado ao grau de sustentabilidade que uma política pública com esse perfil poderá ter.

As Considerações finais retornam ao ponto de partida, ou seja, buscam sistematizar os principais pontos discutidos no trabalho na perspectiva de refletir e entender o papel desempenhado por organizações da sociedade civil na provisão de serviços públicos a partir de parcerias realizadas com o Estado.<sup>5</sup> Analisamos, também, de que maneira esse fenômeno provoca transformações no Estado.

Considerando um contexto mais geral de parcerias Estado/OSCs, mas também nos atendo às peculiaridades do campo do HIV/Aids, nossa intenção é entender esse cenário dialogando com duas “lógicas”: a lógica da Reforma e das transformações do Estado, a ressaltar a necessidade de novos arranjos na produção de bens e serviços públicos junto a organizações da sociedade civil que extrapolem o padrão exclusivo estatal, e a lógica de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a enfatizar os deveres e a atuação do Estado, na garantia de uma saúde integral, equitativa e universal. Em que medida e sob quais princípios as OSCs se inserem nesse sistema é o principal ponto de interrogação.

---

<sup>5</sup> Ou, nas palavras de Kramer et al. (1993:4), na “delegação de responsabilidades pela produção e entrega de serviços públicos para organizações não governamentais”.

O trabalho não pretende abordar a questão da eficiência/eficácia do serviço prestado pelas ONGs/Aids em comparação ao serviço prestado diretamente pelo Estado, a partir de um enfoque quantitativo e econômico, até porque o argumento inicial é de que a questão econômica em serviços dessa natureza assume menor importância se comparado a outros fatores aqui mencionados e que serão trabalhados ao longo dos capítulos. O foco será dirigido para um momento anterior, que se refere à decisão política – e aos seus determinantes – de considerar a participação das ONGs na política pública de DST/Aids. A partir dessa decisão, a participação se desenvolveu no formato jurídico encontrado para viabilizá-la.

Nossa ênfase recai, portanto, apenas na formação e no desenvolvimento dos vínculos de parceria entre governo e ONGs, ou seja, na decisão de inclusão destas na política pública – juridicamente materializada em documentos-chave definidores da política e nos Editais públicos que selecionarão os projetos, nos moldes de uma concorrência. Analisaremos em que “partes” ou “setores” da política isso se dará – e seus possíveis desdobramentos –, bem como os mecanismos de “contratação” das ONGs selecionadas – materializados no convênio e nas normas e cláusulas que o regem.

É importante mencionar que não desenvolvemos uma pesquisa sistemática sobre todas as iniciativas da sociedade civil, mesmo aquelas que estão aqui descritas. Menos do que isso, e considerando os limites de uma dissertação de mestrado, procuraremos mostrar as linhas gerais de ação das ONGs dentro da política nacional de combate ao HIV/Aids. Nossa opção consiste em destacar algumas iniciativas surgidas que possam fornecer uma visão de conjunto e que sejam consideradas casos ilustrativos de nossas questões.

## **Esclarecendo conceitos**

Explicitados os objetivos deste trabalho, cabe agora tentar esclarecer e delimitar minimamente dois conceitos que serão utilizados – “Organizações não-governamentais” e “Organizações da Sociedade Civil” – .<sup>6</sup>

*Organizações da Sociedade Civil* é o principal termo atualmente adotado pelo PN em seus documentos,<sup>7</sup> que se valem de definição semelhante à da Lei 9.790/99, que instituiu a

---

<sup>6</sup> Além desta primeira delimitação, o Capítulo 1º trará informações complementares sobre seu significado e utilização.

<sup>7</sup> Ressalte-se que foi somente na leitura dos documentos referentes ao Aids III que encontramos uma definição do que se entende por organização da sociedade civil, a partir dos critérios de elegibilidade para a política de incentivo sendo, portanto, algo recente.

qualificação de OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público. Tal conceito ressalta o caráter privado e não lucrativo dessas organizações, além de sua finalidade pública.<sup>8</sup>

No entanto, o termo *Organização não-Governamental* é também largamente utilizado pelos diversos autores estudados na revisão bibliográfica, pelos gestores entrevistados e pelo próprio PN em documentos mais antigos ou mesmo nos atuais. Como já mencionado, o termo ONG poderia ser considerado espécie do gênero OSC, e também se enquadraria na definição jurídica trazida pela Lei da OSCIP. Ambos os termos se referem a organizações de natureza privada e fins públicos, que desenvolvem relações de parceria junto ao Estado nos processos de formulação e execução de políticas públicas.

Portanto, não nos pareceu possível fazer, *a priori*, uma escolha pelo uso exclusivo de um desses dois termos.

E não apenas esses, mas outros termos também podem ser encontrados na literatura sobre Aids e nos documentos governamentais consultados: setor sem fins lucrativos, organizações de base, organizações comunitárias, organizações não-governamentais de serviços para a Aids, entidades filantrópicas e terceiro setor, por exemplo. Todos esses termos, não raras vezes, são utilizados como sinônimos,<sup>9</sup> ou mesmo se superpõem ou se mesclam (Ministério da Saúde, 2001a).

Em outro enfoque, Câmara e Lima (2000) mostram a dicotomia existente entre ONGs criadas especificamente para atuar na luta contra a Aids e outras ONGs e grupos sociais, tanto os que já existiam antes da epidemia, como os grupos gays e feministas – e que se tornariam importantes aliados do movimento de luta contra a Aids –, como aqueles que se constituem ou adquirem maior visibilidade após a epidemia, como os de profissionais do sexo, usuários de drogas e travestis. Enfocam ainda a dicotomia entre ONGs consideradas “assistencialistas” e ONGs consideradas “políticas” (também em Galvão, 2000).

Parker (2003) menciona outras possíveis divisões ao considerar, por exemplo, de um lado as chamadas organizações não-governamentais e, de outro, os “outros” setores da sociedade civil, como organizações religiosas<sup>10</sup> e empresas.<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> “Considera-se Organização da Sociedade Civil, sem fins lucrativos, a pessoa jurídica de direito privado que não distribui, entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados ou doadores, eventuais excedentes operacionais, brutos ou líquidos, dividendos, bonificações, participações ou parcelas de seus patrimônios, auferidos mediante o exercício de suas atividades, e que os aplica integralmente na consecução do respectivo objeto social”. Além da definição, são explicitadas as organizações que não são consideradas OSC, da mesma forma que a Lei 9.790/99, como por exemplo, sociedades comerciais, sindicatos, instituições religiosas para disseminação de credos, partidos políticos, entre outras (Ministério da Saúde, s.d. b).

<sup>9</sup> Padrão também constatado nas entrevistas, pelo qual os termos ONG e OSC são utilizados como sinônimos.

<sup>10</sup> Cujas interface com o movimento de luta contra a Aids se estabelece principalmente nas iniciativas de Casas de Apoio e em outras formas de assistência social, mostrando ainda as interações entre ONGs/Aids e o tradicional campo da filantropia (Ministério da Saúde, 2001b).

Ou seja, é notório que esses termos abrangem um universo bastante heterogêneo de organizações, dado que a Aids atinge indivíduos de todas as idades e diferentes identidades de gênero, orientação sexual, religião, raça e etnia, e reflete diferentes demandas e concepções da epidemia, gerando agrupamentos e atuações distintos (Câmara & Lima, 2000).

A própria inexistência de um conceito pronto do que seja ONG ou OSC revela justamente uma de suas características mais ressaltadas pela literatura, qual seja, a pluralidade e diversidade de iniciativas, levando a uma flexibilidade de fronteiras (trecho de um Boletim Pela VIDDA, citado em Galvão, 2000:39).

Neste trabalho, ao nos referirmos a ONGs ou OSCs, estaremos focalizando organizações que, de maneira geral, apresentam as seguintes características:

- são entidades de direito privado que se localizam fora do aparelho estatal e assumem a forma de associação ou fundação;
- não têm finalidade lucrativa, ou seja, não distribuem nenhum tipo de resultado entre seus associados e investem esses resultados na própria organização;
- foram criadas especificamente para trabalhar com a temática da Aids – por exemplo, as casas de apoio ou grupos de ajuda mútua para pessoas vivendo com HIV-Aids – ou, mesmo não atendendo a esse recorte estrito, se autodenominam ou são classificadas em alguma situação específica como ONG/Aids. (Galvão, 2000:39)

Além desses dois termos, é preciso também explicitar minimamente o que se entende por “prestação de serviço”. Inicialmente, a escolha dessa expressão resultou da vontade de analisarmos as atividades desenvolvidas pelas ONGs a partir da ótica da prestação de serviços públicos.

Para isso, adotamos conceito similar ao de Mann e Tarantola (1996:344), que consideram o termo *HIV/AIDS Services* no mais amplo sentido, englobando todas as atividades diretas<sup>12</sup> de prevenção e assistência, desde a distribuição de preservativos até a disponibilização de voluntários acompanhantes (*buddies*) para pessoas com Aids, passando por lutas envolvendo direitos humanos, como o combate à homofobia e à violação de direitos das mulheres.

---

<sup>11</sup> Ao se abordar, por exemplo, a questão da Aids no ambiente de trabalho e programas de empresas para garantir a não-discriminação e o tratamento adequado a funcionários vivendo com HIV/Aids.

<sup>12</sup> Dizemos atividades “diretas”, pois os autores não consideram como “*HIV/Aids Services*” aqueles feitos de forma intermediária, como capacitação dos próprios capacitadores, provisão de fundos ou suporte técnico para um outro grupo, também de forma intermediária, ou análises de políticas que não envolvam *advocacy* para mudanças.

No entanto, é preciso destacar que existem diversas particularidades envolvendo esses serviços. Elas os diferenciam de outros tradicionais prestadores de serviços do poder público, como hospitais filantrópicos e creches – o que será analisado com maior detalhe no Capítulo 4. Como veremos, existe uma tensão sempre presente, um esforço que busca configurar as atividades e projetos de ONGs dentro de uma ótica de autêntica parceria, a qual seria oposta a uma ótica de terceirização e prestação de serviço desvinculada de uma forte ação de controle social presente em outras políticas públicas. Assim, utilizamos o termo “prestação de serviço” sabendo dessas particularidades e cientes de que muitas vezes pode vincular-se a uma conotação negativa.

## **Metodologia**

Entendemos que o presente trabalho possui predominantemente os contornos de um estudo de caso, conforme caracterizado por Yin (2005),<sup>13</sup> a saber:

- i) são utilizados preferencialmente como metodologia de pesquisa quando esta possui questões do tipo “como” e “por quê”;
- ii) há pouco controle sobre os acontecimentos;
- iii) o foco está em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real; e
- iv) o limite entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

Yin (2005:33) ressalta que a investigação dos estudos de caso “enfrenta uma situação tecnicamente única em que haverá muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados”, e como resultado, “baseia-se em várias fontes de evidências, com os dados precisando convergir em um formato de triângulo”.

Para esse autor, a clara necessidade por estudos de caso surge do desejo de compreendermos fenômenos sociais complexos. Yin mostra que, de fato, os estudos de caso fornecem pouca base para uma “generalização científica” (2005:29), o que muitas vezes lhes traz descrédito enquanto método científico de pesquisa. No entanto, os estudos de caso são generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações ou universos. Não representam uma

---

<sup>13</sup> O livro *Estudo de Caso – Planejamento e Métodos*, de Robert K. Yin, foi utilizado como livro-base no Seminário de Acompanhamento Monográfico conduzido pelo professor Ruben Keinert no segundo semestre de 2004, a quem agradeço as valiosas contribuições e os comentários feitos a este trabalho.

“amostragem”, e seu objetivo é expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar frequências (generalização estatística).

As lições tiradas dos estudos de caso podem ser generalizáveis para uma ampla variedade de ações governamentais complexas, constituindo a base para explicações e generalizações significativas (Yin, 2005).<sup>14</sup>

A dimensão ou nível de análise foi algo que sempre nos preocupou, para fins de delimitação do tema e da(s) unidade(s) de análise, da definição de quais dados deveriam ser coletados e, por fim, da lógica que une os dados às proposições (Yin, 2005). Decidimos definir como unidade de análise um programa governamental federal ou uma política pública federal. A partir disso, optamos também por privilegiar a coleta e análise de “macro” dados dessa política, pelos limites deste trabalho e por considerar que se mostravam suficientes para responder às perguntas colocadas. Sabemos, entretanto, que os vários tópicos abordados podem ser aprofundados ou analisados a partir de unidades de análise diversas.

Estabelecida essa premissa, a pesquisa empírica do presente trabalho baseou-se na análise de documentos e entrevistas.

Os documentos utilizados foram principalmente os governamentais disponíveis, como os acordos de financiamento assinados entre o governo brasileiro e o Banco Mundial, os relatórios de atividades e de prestação de contas de cada um dos empréstimos, materiais didáticos e instrucionais, campanhas de mídia, editais e relatórios de seleção de projetos destinados às ONGs, modelos de convênios utilizados pelo Ministério da Saúde e outros papéis que revelassem aspectos da normatização, implantação e/ou avaliação da política pública federal de combate ao HIV/Aids.

Outros documentos importantes, como notícias, pesquisas, boletins informativos e exemplos de melhores práticas e inovações desenvolvidas por ONGs, foram obtidos junto à mídia especializada – em especial a Agência de Notícias da Aids<sup>15</sup> –, centros de documentação das ONGs *Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids* (ABIA) e *Prostituição, Direitos Civis, Saúde* (Davida), e arquivos particulares de pessoas envolvidas na luta contra a epidemia, gentilmente cedidos.<sup>16 17</sup>

---

<sup>14</sup> Tais considerações se relacionam com o que foi proposto pelo professor Ricardo Bresler quando do exame de qualificação deste trabalho. Na ocasião, o professor ressaltou que a potencial contribuição de estudos de caso consistia em mostrar aspectos considerados inovadores em cada uma das diversas políticas públicas, e que com o tempo, a análise conjunta desses diversos estudos de caso seria capaz de mostrar quais dos aspectos se encontram presentes com maior frequência. Agradeço ao professor Bresler por essa e por todas as outras considerações feitas, as quais foram muito úteis ao desenvolvimento deste trabalho.

<sup>15</sup> [www.agenciaaids.com.br](http://www.agenciaaids.com.br).

<sup>16</sup> Em especial, gostaríamos de registrar nossa gratidão a Lilia Rossi, Vera Menezes e Cristina Câmara, pela incansável disponibilidade na obtenção de diversos materiais sobre o tema pesquisado.



As entrevistas<sup>18</sup> focalizaram principalmente os diretores e ex-diretores do PN e os gestores e ex-gestores que ocuparam cargos de chefia na chamada Unidade de Articulação com a Sociedade Civil e Direitos Humanos (SCDH).<sup>19</sup> Esta opção se deve ao fato de a dissertação focar a análise a partir do Estado e de seus gestores – e não a partir das ONGs ou dos usuários/beneficiários dessas atividades –, à necessidade de relembrarmos fatos históricos referentes aos momentos iniciais dessa parceria e as primeiras respostas à epidemia no Brasil, e ao fato de a SCDH ser a principal – mas não a única – estrutura dentro do PN no contato com as ONGs.

Foram ouvidos ainda antigos e atuais gestores das áreas jurídica, financeiro-orçamentária e de prevenção e assistência, que também deram importantes contribuições no entendimento de diversos aspectos da parceria.

As entrevistas, em um total de vinte, obedeceram a um padrão semi-estruturado e foram realizadas de forma individual, a partir de um mesmo roteiro de perguntas.<sup>20</sup> É importante ressaltar que o conteúdo e a duração das entrevistas variaram de acordo com a disponibilidade de tempo dos entrevistados e a disposição em aprofundar os temas colocados. A média de duração de cada entrevista foi de uma hora.<sup>21</sup>

Considerando os mais de vinte anos de epidemia e os diferentes momentos em que os entrevistados estiveram no PN, o trabalho se preocupou em preservar uma perspectiva de evolução da política ao longo do tempo.<sup>22</sup>

Entendemos que as falas dos gestores são uma valiosa fonte de dados, uma vez que foram estes os responsáveis pela formulação e implantação dessa política. Optamos, assim, por transcrever trechos relativamente longos das entrevistas, na intenção de mostrar essas visões de forma mais ampla, mas não sem a devida análise e comentários de nossa parte.<sup>23</sup>

---

<sup>17</sup> Consideramos importante ressaltar a relativa dificuldade na pesquisa desses documentos, não só por envolver um período de tempo extenso e um grande volume de materiais, mas também pela falta de sistematização adequada de muitos deles. Além disso, a busca de dados junto ao PN se deu num momento em que o Programa passa por um grande esforço de sistematização de sua documentação (segundo vários dos gestores entrevistados), e algumas das informações por nós solicitadas não se encontravam disponíveis ou sistematizadas.

<sup>18</sup> A relação de entrevistados e o roteiro de perguntas utilizado nas entrevistas constam em anexos.

<sup>19</sup> Também contou na escolha dos entrevistados o tempo de permanência no PN e a importância da atuação dos gestores, a partir de referências dadas por outros gestores do PN, pessoas e instituições que trabalham com a temática do HIV/Aids.

<sup>20</sup> Apenas um dos entrevistados (Fabio Mesquita) respondeu ao roteiro por escrito, pois se encontra fora do país.

<sup>21</sup> Todos os entrevistados autorizaram a transcrição e não se opuseram à menção de seus nomes nos trechos citados pelo trabalho.

<sup>22</sup> Com isso, reconhecemos o risco de uma menor clareza na análise, ao não focarmos um período temporal mais delimitado. No entanto, entendemos que esta dimensão não poderia ser negligenciada.

<sup>23</sup> Aqui também reconhecemos o risco de uma extensão exagerada do texto, dados os limites de uma dissertação de mestrado.

A análise combinada dessas fontes de dados nos permitiu trabalhar sobre as questões propostas, ouvindo do próprio gestor público – seja pelos documentos governamentais seja por suas próprias palavras – os motivos que o levaram a formular uma política de parceria com as ONGs, em quais áreas da política pública isso se deu – em detrimento de outras, nas quais isso não ocorre – e, por fim, quais os aspectos ligados à contratualização dessas relações. Outros ângulos de análise são possíveis, mas fogem ao escopo e aos limites deste trabalho.<sup>24</sup>

Nossa pesquisa também se beneficiou de visitas de campo feitas a diversas ONGs/Aids,<sup>25</sup> em virtude de nosso trabalho na organização não-governamental *Associação Pact do Brasil* e na implantação do Programa ELOS.<sup>26</sup> Essas visitas foram essenciais para verificar, na prática, como os trabalhos são realizados, quais os seus principais aspectos e o que os torna, em nossa visão, autênticos serviços públicos.

Da mesma forma, o contato com as ONGs nos permitiu apreender aspectos históricos da luta contra a Aids no Brasil e das relações de parceria desenvolvidas junto ao Estado, nos três níveis da Federação. Apesar de não ter havido entrevistas sistemáticas, como as desenvolvidas junto aos gestores do PN, as falas dos membros das ONGs nos permitiram uma análise complementar à visão governamental e trouxeram elementos adicionais de reflexão.

Gostaríamos de registrar também que o trabalho se beneficiou grandemente das pesquisas históricas e bibliográficas feitas por Jane Galvão (1997a, 1997b, 2000, 2002), que muito ajudaram a nos posicionar cronologicamente e a ilustrar fatos importantes nessa trajetória. Uma vez que o trabalho não possui o intento de mapear a história da Aids no país, essa cronologia foi de extrema importância. Cumpriu-se assim, na prática, o intuito daquela autora de “auxiliar outros pesquisadores em desdobramentos de questões que estão aqui presentes, mas que possibilitam outras interpretações e abordagens” (2000:32).

---

<sup>24</sup> Poderíamos, por exemplo, focar a análise a partir de uma ou mais entidades específicas ou de um dos segmentos populacionais envolvidos (como homossexuais ou profissionais do sexo); também é possível variar o ponto de partida do qual se faz a análise: o Estado e seus gestores (nos três níveis, federal, estadual e municipal), ONGs, seus integrantes e ativistas, e também o próprio usuário beneficiado por essas atividades e serviços, garantidos pelas relações de parceria.

<sup>25</sup> As visitas foram realizadas em três momentos: um inicial, entre agosto e setembro de 2004, um segundo nos meses de abril e maio de 2005 e um terceiro, nos meses de junho, julho e agosto do mesmo ano. Ao todo, foram visitadas cerca de trinta ONGs (listagem em anexo), às quais desde já gostaríamos de deixar nossos mais sinceros agradecimentos.

<sup>26</sup> A Pact Brasil é uma organização não-governamental ligada à Pact Inc., ONG americana com sede em Washington, e que implementa algumas das estratégias do programa de prevenção ao HIV/Aids da Usaid/Brasil (Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional). Por intermédio do Programa Elos, a Pact Brasil fornece apoio financeiro e técnico a projetos de prevenção de ONGs nas regiões Sul e Sudeste que trabalham com as populações mais vulneráveis ao HIV/Aids: homossexuais, profissionais do sexo, transgêneros, usuários de drogas e pessoas vivendo com HIV/Aids. Também são fomentadas ações de marketing social do preservativo e outros insumos de sexo seguro. Maiores detalhes podem ser encontrados em [www.pactbrasil.org](http://www.pactbrasil.org).

# 1

## O ESTADO E AS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL: BREVE EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Na evolução dos modelos de Estado no século XX, notadamente após a Segunda Guerra Mundial, podemos destacar a consolidação do modelo do Estado de bem-estar social e a construção de uma extensa rede de serviços públicos por ele financiados e prestados. Essa rede procurava disponibilizar à população serviços de cunho social relacionados à educação, à saúde e ao transporte, além de ajuda financeira aos mais necessitados e garantias no campo do emprego e da previdência.

Talvez uma de suas facetas mais visíveis e destacadas tenha passado a ser justamente a prestação direta de uma série de serviços, ou seja, a criação de “estruturas administrativas especializadas na gestão dos serviços sociais e do auxílio econômico aos necessitados” (Bobbio, 1994:417); por sua importância, muitos desses serviços foram alçados à condição de serviços públicos, entendidos como aquelas atividades as quais a lei obriga o Estado a disponibilizar, em face da relevância coletiva.

No entanto, esse modelo começou a perder força em meados dos anos 70. Os motivos para essa crise relacionam-se, de maneira geral, ao crescimento da estrutura estatal e do déficit público, em um contexto de instabilidade econômica (personificada principalmente nos choques do petróleo e no aumento dos índices de inflação), gerando com isso uma progressiva diminuição da capacidade desses Estados em financiar e prestar serviços à população (Gidron et al., 1992; Kramer et al., 1992).

Para Bresser Pereira & Grau (1999), tratar-se-ia de uma crise endógena do Estado Social, manifestada mais visivelmente nos anos 80 tanto no Estado de bem-estar dos países desenvolvidos, como no Estado desenvolvimentista dos países em desenvolvimento e no Estado comunista. Tal processo se ampliou ainda mais com a globalização e incentivou um processo de reforma do Estado.

Ao mesmo tempo em que diminui essa capacidade, nas últimas décadas diversificou-se a demanda da população por novos serviços e em novas áreas. Surgiram novas

tecnologias<sup>27</sup> e, conseqüentemente, novas demandas e novos custos. Passaram a ser criados novos campos de políticas públicas, destinados a segmentos mais específicos da população, como mulheres, jovens, idosos e portadores de doenças crônicas, entre outros.

A busca de alternativas para esse modelo de Estado trouxe, por um lado, os movimentos de privatizações e concessões, com a entrega de serviços e empresas estatais a entes do mercado, empresas ou consórcios de empresas com fins lucrativos, que passaram a assumir tais atividades, notadamente em setores da economia como siderurgia e mineração, e na infra-estrutura – telefonia, energia elétrica e transportes, por exemplo.

Os motivos estavam relacionados à necessidade de novos e maciços investimentos e à dificuldade ou impossibilidade do Estado em fazê-los de forma satisfatória. Relacionavam-se também a uma revisão do papel do Estado no tocante a sua atuação e intervenção na economia (Di Pietro, 2002).

Mas houve também um movimento no campo de atividades de cunho mais social do que econômico, nas quais também o Estado enfrentava dificuldades na provisão de serviços. A crise fiscal do Estado, iniciada na década de 1970, parece marcar uma retomada ou o início de uma nova etapa de diálogo entre o Estado e as chamadas *Organizações da Sociedade Civil* – OSC (Gidron et al., 1992; Kramer et al., 1992).<sup>28</sup>

Trata-se de organizações que não são nem do Estado nem do Mercado e que prestam serviços de caráter público. Não possuem finalidade lucrativa nem origem estatal, e têm atuado com grande ênfase na promoção de atividades sociais em parceria (ou não) com o Estado nas mais diversas áreas, como saúde, educação, assistência social, cultura e meio ambiente. Em outros casos, também assumem um papel predominantemente representativo, advogando direitos e interesses de grupos ou parcelas da sociedade. Sua definição conceitual e suas características são rodeadas de polêmica e apresentam grande diversidade.

---

<sup>27</sup> Derivadas, por exemplo, do campo da saúde, com novos aparelhos para exames, novos tratamentos e medicamentos, ou ainda do crescente processo de informatização da sociedade, refletidos em diversos campos de serviços públicos.

<sup>28</sup> Para Fernandes (1997:25), a idéia de sociedade civil foi recuperada no contexto de luta pela redemocratização dos países da América Latina, tendo servido “para destacar um espaço próprio não-governamental, de participação nas causas coletivas. Nela e por ela, indivíduos e instituições particulares exerceriam a sua cidadania, de forma direta e autônoma” e em um plano simbólico que é anterior ao plano político (dado pela mediação do Estado). Nesse mesmo sentido, “A expressão ‘Organizações da Sociedade Civil (OSCs)’ foi adotada pelo BID no início dos anos 90, como reconhecimento de que a designação ‘ONGs’ (usada pelo Sistema ONU e pelo Banco Mundial) na verdade corresponde, na América Latina, a uma classe especial de entidades. OSCs são o gênero ao qual pertencem as ONGs – entidades dedicadas principalmente à construção e à defesa de direitos (como as filiadas à Associação Brasileira de ONGs – Abong) ou ao desenvolvimento econômico e social (América Central, principalmente) [...]” (documento mimeo. de Anna Cynthia Oliveira, de 2001, citado em Ministério da Saúde, 2001, sust).

Como parte da resposta à chamada crise do *Welfare State* em meados dos anos 70, países como os Estados Unidos e os da Europa Ocidental redescobriram o chamado “terceiro setor”,<sup>29</sup> visto então como uma alternativa mais econômica e flexível a um Estado então sobrecarregado, especialmente na área social. O terceiro setor passou a ser visto como um provedor alternativo de serviços públicos, podendo substituir, influenciar, estender e incrementar o trabalho do governo ou ainda ser um elemento importante na promoção da participação cidadã (Kramer et al., 1993; Gidron et al., 1992; Salamon, 1998).<sup>30</sup>

A crise fiscal, bem como os limites do Estado e do Mercado na produção de bens de caráter público, são apontados como fatores motivantes nesse processo de incorporação de organizações “não-mercantis” à produção de bens públicos (Bresser Pereira & Grau, 1999).

As políticas de bem-estar passaram por um processo de revisão por parte dos governos – abalados pela crise fiscal e pelo crescimento de gastos sociais –, levando-os a repensar a distribuição de recursos orçamentários (em face da escassez) e a maneira pela qual provê-las (Morales, 1999). Nesse processo de revisão menciona-se a convergência de cinco linhas de política pública que também explicariam a maior utilização dessas organizações: recrudescimento do gasto público, descentralização governamental, desburocratização, desregulação e desinstitucionalização (Kramer et al., 1993).

Da mesma forma como no movimento de privatizações e concessões a entes do mercado, esse processo se inseriu em um debate sobre as funções do Estado, a partir da constatação da existência de uma crise, geralmente definida como “crise de governança” e composta de três aspectos: i) *financeiro*, referente ao déficit das contas públicas; ii) *administrativo*, decorrente da ineficiência do modo burocrático de gerir organizações estatais; e iii) *estratégico*, relativo à maneira inadequada pela qual o Estado estava organizado para intervir nas atividades sociais e econômicas (Morales, 1999).

Nos estudos de Kramer et al. (1993), a década de 1980 foi de significativa mudança e crescimento no número de *Voluntary Nonprofit Organizations* (VNPOs) de todos os tipos e no tamanho de sua renda originada de fontes governamentais. Nos países estudados,<sup>31</sup> a necessidade de reduzir gastos governamentais e renovar o padrão estatal de prestação de serviço público estava associada ao renovado interesse no terceiro setor.

---

<sup>29</sup> O termo “Terceiro Setor” foi inicialmente utilizado por pesquisadores americanos no início da década de 1970 para se referir àquele conjunto de atividades privadas não voltadas para a obtenção de lucro, as quais, mesmo fora da órbita da atuação estatal, ainda visariam ao atendimento de necessidades da sociedade, contrapondo-se, portanto, aos outros dois setores (Estado e Mercado).

<sup>30</sup> Por exemplo, nos países do Leste europeu, após a queda dos regimes comunistas.

<sup>31</sup> Holanda, Inglaterra, Itália e Noruega.

Morales (1999) menciona um duplo movimento: o Estado, levado pela crise fiscal e pelo esgotamento da sua capacidade operacional, abre a possibilidade de dividir tarefas com outros atores sociais, enquanto as OSCs procuram aproximar-se dos governos buscando novas fontes de financiamento, em face da redução de fundos dos parceiros tradicionais.

Outro fenômeno que certamente influenciou o crescimento em importância dessas organizações refere-se ao recente incremento das democracias no mundo todo (Przeworski, 1998), que permitiu a diversificação das articulações sociais e demonstrou claramente a existência de uma sociedade plural, que reclama para si a possibilidade de decisão conjunta, não apenas nos processos políticos de escolha de representantes, mas também no dia-a-dia da Administração Pública. Ganha força, assim, um desejo de controle social mais efetivo sobre a atuação do Estado. Nesse novo cenário as pressões e cobranças por respostas exigem do Estado nova remodelação e extrema capacidade para lidar com vários e diferentes atores sociais (Moreira Neto, 2001).

Somando-se a essas motivações, o processo de redescoberta foi permeado por um caráter ideológico, tanto de doutrinas mais à Direita (caso típico dos governos de Thatcher e Reagan no início dos anos 80) como por ideologias mais à Esquerda, variando conforme cada país, seu formato de Estado e suas diferentes tradições religiosas e culturais.

As ideologias de Direita tendiam a ver tais organizações como barreira contra intervenções governamentais adicionais ou indevidas, e mesmo como alternativa (ou substituto) ao Estado.<sup>32</sup> As de Esquerda as viam a partir de um prisma de estímulo à participação cidadã e recuperação de um senso perdido de comunidade (Kramer et al., 1993).

Da mesma forma, diversos estudos em vários campos das ciências sociais passaram a analisar as maneiras e os motivos pelos quais o Estado celebrava parcerias com essas organizações para a provisão de serviços públicos, bem como entender o seu papel – em mutação – dentro das democracias contemporâneas e notadamente nos Estados de bem-estar social (Kramer et al., 1993).

Em face da contínua interação entre Estado e OSCs na evolução do moderno *Welfare State*, a literatura tem buscado formular teorias e um conjunto de princípios para a divisão de responsabilidades entre eles (Kramer et al., 1993; Gidron et al., 1992).

---

<sup>32</sup> “*We have let government take away those things that were once ours to do voluntarily*” – discurso de Ronald Reagan em 1981, referenciado por Gidron et al. (1992:5) e que revela o discurso padrão de uma ideologia de direita e conservadora, a qual tende a opor as estruturas burocráticas estatais, opressivas e rígidas, às organizações voluntárias, humanas, inovadoras e flexíveis. Nessa visão, o crescimento do moderno *Welfare State* teria destruído ou danificado seriamente o vasto leque de atuação dessas estruturas intermédias, que justamente protegiam os indivíduos do impacto de macroestruturas impessoais como o Estado e grandes corporações.

Um conjunto inicial de princípios que busca auxiliar a reflexão sobre as relações entre Estado e OSCs é estabelecido a partir de dois paradigmas básicos: conflito e colaboração (Gidron et al., 1992).

Pelo primeiro paradigma, o relacionamento entre dois atores tenderia a ser visto de forma unidimensional, em termos de dominância de um sobre o outro, como num jogo de soma zero, um relacionamento competitivo em que o ganho de um implica a perda do outro.<sup>33</sup>

Pelo paradigma da colaboração, os dois atores poderiam trabalhar conjuntamente e de forma complementar, sem que o crescimento de um representasse necessariamente o enfraquecimento do outro, ou que aquele crescimento se fizesse à custa deste outro.

Gidron et al. (1992) sustentam que as evidências de diversos estudos nacionais mostraram vários elementos de cooperação, e que ainda que tenha havido uma expansão maciça do Estado de bem-estar social no pós-guerra, o terceiro setor mostrava uma força vital em muitos lugares. Assim, o paradigma do conflito não descreveria adequadamente a atual realidade dessas relações, por não ser capaz de enxergar as diversas áreas de cooperação existentes e porque estaria baseado mais em argumentos ideológicos do que na observação da realidade dos países.<sup>34</sup>

Uma das principais dificuldades impedindo o reconhecimento de um padrão predominante de colaboração seria a tradicional visão do Estado como uma estrutura monolítica, sem uma separação entre o financiamento e a produção de serviços públicos, ignorando-se, conseqüentemente, outros possíveis sistemas alocativos sociais, como o próprio mercado e as OSCs.<sup>35</sup> Essa dificuldade decorreria do fato de que tradicionalmente pouca atenção vinha sendo dada pela literatura à atuação das OSCs. O foco maior sempre estivera no crescimento/ascensão do moderno *Welfare State*, com a predominância, novamente, do padrão conflitivo de análise (Kramer et al., 1993; Gidron et al., 1992).

---

<sup>33</sup> A fala de Reagan citada anteriormente pode ser apontada como um exemplo de visão que se baseia no paradigma do conflito. Há visões de Esquerda que também se baseiam nesse paradigma, mas de um ponto de partida oposto. Segundo Gidron et al. (1992), tais críticas se relacionam a uma “fê cega” na capacidade dessas organizações e trazem uma barreira ao estabelecimento de um sistema público de cuidados (*care*) a todos, efetivo e juridicamente institucionalizado. Essa visão mostra um descrédito em tais instituições e a valorização (por vezes excessiva) do Estado e de suas estruturas próprias, ao contrário da visão de Direita, que sustenta que elas são suficientes para garantir as necessidades da comunidade (reflexão parecida também é feita por Montão, 2002). Vê-se, portanto, que o debate político sobre as OSCs congrega argumentos a favor e contra de diferentes, e por vezes opostas, ideologias.

<sup>34</sup> “*Far from competing with the state, nonprofit organizations were more often significant advocates of expanded state responsibilities and in many cases have themselves benefited from the expansion of state action*” (Gidron et al., 1992:15).

<sup>35</sup> “*The fact that government has assumed responsibility for the former does not mean that it also is monopolizing the latter. To the contrary, government finance can be combined with a wide assortment of delivery arrangements, from giving vouchers to consumers to negotiation service contracts with private and nonprofit organizations*” (Salamon apud Gidron, 1992:11-2).

Na tentativa de buscar um modelo teórico que desse conta das relações entre Estado e terceiro setor e que fosse capaz de evidenciar tanto os aspectos de conflito como os de colaboração, Gidron et al. (1992) propuseram e descreveram quatro modelos básicos, no intuito de fornecer uma linguagem com a qual fosse possível discutir as diferenças nos papéis e responsabilidades do governo e do terceiro setor nos vários países e subsetores de políticas públicas. Os casos empíricos poderiam não se enquadrar exatamente em um modelo, mas com certeza teriam características predominantes de um deles:

	<b>Modelos</b>			
<b>Função</b>	Governo dominante	Dual	Colaborativo	Terceiro setor dominante
<b>Financiamento</b>	Governo	Governo/ Terceiro setor	Governo	Terceiro setor
<b>Provisão de serviços</b>	Governo	Governo/ Terceiro setor	Terceiro setor	Terceiro setor

**Quadro 1** – Modelos de relações entre Estado e terceiro setor. Fonte: Gidron et al. (1992:18 ).

Nestes modelos, o ponto central é a distinção entre dois conjuntos de atividades:

- a) financiamento e autorização de serviços;
- b) sua efetiva provisão ou entrega (*service delivery*).

Essas atividades podem ser realizadas por diferentes instituições, criando a possibilidade de quatro padrões. No modelo *Governo dominante*, o Estado financia e entrega os serviços. Para isso, se vale do sistema de tributos e servidores públicos. É o modelo imaginado normalmente, quando se pensa no tradicional *Welfare State*. No modelo *Terceiro setor dominante*, organizações do terceiro setor têm o papel principal em financiar e entregar os serviços, prevalecendo onde haja forte oposição no envolvimento do governo na promoção de atividades sociais, por razões ideológicas.

Entre os extremos, há dois modelos em que os dois conjuntos de tarefas são compartilhados. No modelo *dual*, Estado e terceiro setor estão ambos envolvidos em entregar e financiar serviços, mas cada um em esferas distintas. Isso poderia ocorrer de duas formas: o terceiro setor pode suplementar a ação do Estado entregando os mesmos tipos de serviços,



mas para grupos e/ou populações por ele não alcançados; pode complementar a ação do Estado ao preencher determinadas necessidades não conhecidas pela atividade governamental. Em ambos os casos, o modelo pressupõe dois sistemas distintos e relativamente autônomos.

No modelo *colaborativo* o governo assume tipicamente a responsabilidade pelo financiamento, e as organizações do terceiro setor responsabilizam-se pela entrega dos serviços – no limite, com as características de um sistema de monopólio. Aqui, o nível de discricionariedade e a capacidade de barganha irão influenciar o modelo. As entidades podem ser simples agentes executores governamentais (modelo *fornecedor colaborativo*) ou ter mais influência e espectro de ação, gerenciando e desenvolvendo programas e participando de processos políticos (modelo *parceria colaborativa*).

Pode-se imaginar que o modelo *fornecedor colaborativo* seja o mais comum, pelo fato de o Estado ter os recursos financeiros em mãos e a prerrogativa de contratar a partir de suas próprias diretrizes. Mas, para os autores, a configuração do terceiro setor em diversos países, bem como a dificuldade que as grandes agências governamentais têm em monitorar os contratantes, sugerem que o modelo *parceria colaborativa* possa na realidade ser o mais comum.<sup>36</sup>

Na separação entre financiamento público e provisão dos serviços há um *continuum* com diversas possibilidades, com maior ou menor utilização das organizações do terceiro setor. Kramer et al. (1993) propõem um *continuum* com base no grau de institucionalização das relações existentes entre o Estado e as VNPOs, formulando quatro tendências principais e qualificando dentro de cada uma o grau de importância desempenhado por tais organizações.

O Quadro 2 parte de um arranjo no qual as VNPOs são as principais responsáveis pela produção de serviços (caso da Holanda), desempenhando portanto um papel fundamental em um modelo estatal do tipo *welfare*, e passa por modelos mistos suplementares (Itália e Inglaterra) até chegar a um modelo no qual elas desempenham papel apenas acessório perante um Estado que concentra a produção e a entrega de serviços (caso da Noruega), que, até há pouco tempo, sequer as considerava como potenciais produtoras de serviços.

---

<sup>36</sup> Os nove estudos de caso do livro de Gidron et al. (1992) sobre a Alemanha, Holanda, Noruega, Suíça, Irlanda, Inglaterra, Israel, Itália e França, levam os organizadores a concluir que o modelo *governo dominante*, que prevaleceu na retórica política no pós-guerra, tornou-se instável ou se mostra exagerado para representar adequadamente a moldura dos padrões prevalentes das relações governo-terceiro setor.

	<b>Holanda</b>	<b>Inglaterra</b>	<b>Itália</b>	<b>Noruega</b>
<b>Tendência dominante</b> <i>(major trend)</i>	Privatização institucionalizada <i>(institutionalized privatization)</i>	Alternativa legal/estatutária <i>(statutory alternative)</i>	Contratualização não planejada <i>(unplanned contract state)</i>	Dependência integrada <i>(integrated dependency)</i>
<b>Função das VNPOs</b>	Primária <i>(primary)</i>	Suplementar/complementar	Suplementar	Complementar

**Quadro 2** – Papel das VNPOs em quatro países. Fonte: Kramer et al. (1993:127).

Seguindo linha semelhante de análise, outras abordagens teóricas estudadas se mostraram úteis no entendimento das relações entre Estado e OSCs na interpretação e análise desse fenômeno.

O conceito de *State-in-society* (Marques, 1997), por exemplo, seria uma tentativa para equilibrar o eixo de análise entre Estado e sociedade, derivado de uma leitura crítica de visões neoinstitucionalistas. Estas colocariam demasiado peso nas ações do Estado, deixando de priorizar as dimensões e os atores fundamentais localizados na sociedade.

Reforçando a visão societal, análises pluralistas tentarão vislumbrar como os grupos de interesse presentes na sociedade influenciam as políticas públicas e a sua gênese, exercendo influência sobre os órgãos e a burocracia estatais (Dahl, 1982; Graziano, 1994; Lindblom, 1981).

A influência dos grupos de interesse – nos quais podemos inserir as OSCs – na construção de políticas públicas é analisada por Lindblom (1981) de forma mais detida. Uma das vantagens destacadas pelo autor consiste em esclarecer e articular o que os cidadãos querem, trazendo pontos de vistas diferentes e informação fática no processo de formação da política pública. A opinião de grandes grupos de pessoas ajudaria a selecionar opções para o gestor público, entre milhares teoricamente existentes. Além disso, muitos cidadãos preferem delegar aos grupos a tarefa de influenciar a política pública, e estes podem ainda monitorar a governança, processando agências governamentais e mantendo relacionamento íntimo com os comitês relevantes, bem como oferecendo propostas de legislação.

Concluindo, o contexto de crise na capacidade do Estado em prover serviços públicos acabou por gerar um movimento de estreitamento de relações junto ao setor privado sem fins lucrativos e um novo olhar sobre suas organizações e atividades. Por meio de mecanismos de financiamento e contratualização o Estado se tornou, em diversos lugares, um parceiro, patrão

ou comprador de serviços prestados por tais organizações, mostrando que pode haver uma clara diferenciação entre aquele que financia e aquele que presta serviços públicos, dentro de inúmeras combinações. Para Kramer et al. (1993), onde houver um terceiro setor substancial, este será dependente de apoio governamental em maior ou menor grau.

Obviamente as relações entre Estado e organizações da sociedade civil não surgiram recentemente. Há fortes tradições associativas em diversos países europeus e anglo-saxões, nos quais essas organizações tiveram papel chave na configuração das respectivas redes de prestação de serviços públicos e efetivamente tiveram acesso a fundos públicos.<sup>37</sup> No entanto, a crise do *Welfare State* é apontada como um ponto importante de inflexão, mesmo em países com diferentes tradições históricas, gerando um intenso debate sobre o tema, em um contexto de redução dos gastos governamentais e também sob a justificativa de expandir o papel dessas organizações (Gidron et al., 1992).

No Brasil, até a década de 1980, a característica central das políticas sociais vigentes residia na exclusão da sociedade civil do processo de formulação das políticas, da implementação dos programas e do controle da ação governamental, constituindo um padrão não democrático de articulação Estado-sociedade. Outro aspecto importante dizia respeito ao modelo de provisão estatal vigente, no qual cabia ao Estado a responsabilidade exclusiva pela provisão de grande parte de bens e serviços públicos – não só em razão da insuficiência das respostas oferecidas pelo mercado, mas também pela fragilidade da sociedade civil (Farah, 2001) –, modelo esse que passou então a ser questionado (Bresser Pereira & Grau, 1999).

Havia uma rede de organizações filantrópicas desempenhando importante papel nas áreas de assistência social e saúde – algumas com atividade secular, como as Santas Casas, além de outros diversos hospitais filantrópicos, orfanatos e APAEs –, mas o período da ditadura militar trouxe consigo um processo de concentração de poderes que se refletiu justamente no predomínio do padrão estatal na prestação de serviços e na ausência de um diálogo entre Estado e organizações da sociedade civil, em um período de severas restrições associativas (Gohn, 2001).

O debate sobre a reforma do Estado, iniciado no final dos anos 70, ganhou impulso com o processo de redemocratização do país, que tinha como eixos principais a

---

<sup>37</sup> Para Gidron et al. (1992), a discussão sobre o papel das OSCs e sua relação com o Estado já apreça, por exemplo, nas doutrinas de autores do pensamento político liberal, como Locke e Mill (com grande ênfase ao individualismo e à liberdade política), ou ainda Burke e Tocqueville, na defesa de corpos intermédios da sociedade, necessários para proteger os indivíduos de uma expansão de poderes do Estado. Kramer et al. (1993) apontam a existência de referências na Inglaterra do século XIX sobre teorias e princípios para divisão de papéis entre Estado e OSCs e debates públicos sobre financiamento dessas organizações. “*In fact, the nineteenth-century controversy about government subsidies to voluntary child welfare agencies is remarkably similar to the debate during the 1980s about the use of public funds by VNPOs*” (Kramer, 1993:5).

democratização dos processos decisórios e a equidade dos resultados das políticas públicas, e como propostas enfatizadas a descentralização e a participação dos cidadãos na formulação e implementação das políticas (Farah, 2001).

Saindo de um contexto no qual os papéis da sociedade civil foram circunscritos de várias formas, a abertura política e o retorno de exilados trouxeram importante estímulo para a formação de ONGs<sup>38</sup> em diversas áreas, a partir do início dos anos 80. Aos movimentos de base e organizações ligadas a setores progressistas da Igreja Católica vão se somar sindicatos, movimentos relativos à anistia política e à luta pela habitação popular, e, posteriormente, novos partidos políticos, movimentos de ecologistas, de donas de casa, de ONGs-Aids e de meninos de rua, entre muitos outros (Landim, 1993; Teixeira, A., 2003; Gohn, 2001; Câmara & Lima, 2000). Um traço que parecia unir essas iniciativas, apesar das inúmeras diferenças entre suas agendas, era a preocupação com a redemocratização da sociedade brasileira (Parker, 2003:22).

A partir desse contexto de redemocratização, as duas últimas décadas vêm assistindo a um *boom* no número de associações civis e ao crescimento de um novo campo associativo inicialmente distante e em oposição aberta ao Estado. Entidades que, além de assumir funções de interesse público na prestação de serviços junto às parcelas mais pobres ou necessitadas da sociedade, em áreas nas quais a atuação estatal se mostra insuficiente – como na criação de postos de saúde, creches ou escolas –, apresentaram um papel político de oposição ao governo autoritário e de mobilização da sociedade civil (Landim, 1993; Parker, 2003). Com a gradativa redemocratização, buscaram também se inserir em espaços políticos de participação para influenciar e fiscalizar políticas públicas, além de pleitear acesso a fundos públicos que subsidiassem suas atividades.

Na seqüência, a Constituição de 1988, além de garantir as liberdades associativas, deu destaque ao papel complementar de organizações da sociedade civil em diversas políticas

---

<sup>38</sup> O nascimento do termo ONG – Organização Não-Governamental é atribuído por Fernandes (1997) ao sistema de representação da ONU, que dele se utilizava para designar organizações internacionais que, mesmo não sendo governamentais, ainda assim justificavam sua presença. Como exemplo, cita a Organização Mundial do Trabalho e o Conselho Mundial de Igrejas. Nos anos 60 e 70, com a implantação de programas de cooperação internacional, surgem diversas ONGs européias que irão promover projetos no Terceiro Mundo e conseqüentemente passam a buscar parceiros e fomentar ONGs locais. No mesmo sentido Teixeira, A. (2003) relaciona o termo a “entidades não oficiais que recebiam ajuda financeira de órgãos públicos para executar projetos de interesse social na área de ‘desenvolvimento da comunidade’ (Gohn, 1994). Seu uso sistemático no Brasil passa a ocorrer nos anos 90, principalmente a partir da ECO-92” (Teixeira, A., 2003). Apesar disso, sua significação parece estar mais fortemente associada àquelas entidades que têm na sua missão atividades relacionadas a direitos da cidadania em geral, proteção a minorias, aos direitos humanos, tendo forte atuação junto ao Estado, à sociedade e à imprensa, organizando protestos e passeatas, fazendo campanhas educativas, fornecendo sugestões e reivindicações na formulação das políticas públicas estatais, e denunciando a violação de direitos humanos, entre outras (Campos, 2002).

públicas, tais como saúde, educação, assistência, desporto, infância e juventude. Nos diversos artigos contidos nos capítulos referentes à Ordem Social, pode-se perceber o destaque das OSCs tanto na execução de serviços públicos sociais em caráter complementar ao Estado como também em processos participativos na elaboração e implantação dessas políticas.

Para os nossos objetivos neste trabalho, cabe mencionar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como um dos mais importantes desdobramentos do processo de redemocratização da sociedade brasileira e de elaboração da nova Constituição. A iniciativa trouxe uma nova concepção de saúde como direito de todos e dever do Estado, e garantiu a participação ativa da sociedade em sua concepção e em sua gestão.

Os anos 90 trouxeram, além das preocupações ligadas à democratização do Estado, o debate perante a escassez de recursos, que limitava a capacidade de resposta estatal às demandas sociais crescentes (Farah, 2001).

Farah (2001) afirma que na nova agenda, dos anos 90, a meta de garantia de direitos sociais para todos se mantinha, embora se redefinisse a forma de garantir tais direitos, tomando posição central nessa redefinição o envolvimento de novos atores na prestação dos serviços. O estabelecimento de novas fórmulas de articulação trazia uma tendência à inclusão de novos atores na formulação e implementação das políticas públicas, ressaltando, ao mesmo tempo, um novo caráter regulatório do Estado:

Não se trata, neste caso, de privatização como alternativa prioritária ou exclusiva (potencialmente segmentadora e excludente), mas de *novas formas de articulação com a sociedade civil e com o setor privado*, visando à garantia da provisão de serviços públicos ou à construção de novas modalidades de solidariedade social (Lipietz, 1991), ocorrendo a substituição do modelo de provisão estatal por um modelo em que o Estado deixa de ser o provedor direto exclusivo e passa a ser o coordenador e fiscalizador de serviços que podem ser prestados pela sociedade civil ou pelo mercado ou em parceria com estes setores. (Farah, 2001:127, grifos da autora)

A partir do governo Fernando Henrique Cardoso inicia-se um processo de Reforma do Estado e da Administração Pública, cujas bases são colocadas no *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado* (MARE, 1995), com o objetivo de transformar a administração pública brasileira, de burocrática para gerencial (Bresser Pereira & Spink, 2001).<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> O Plano Diretor da Reforma do Estado considera quatro setores dentro do Estado: 1) *Núcleo estratégico do Estado*, no qual são definidas as leis e políticas públicas; 2) *Atividades exclusivas do Estado*, exercidas em caráter monopolístico como manifestação do seu poder, e, portanto indelegáveis; 3) *Serviços sociais e científicos*, que produzem importantes externalidades positivas e não podem ser adequadamente recompensados no mercado via cobrança. Para estes o Plano Diretor propõe a transferência para organizações de finalidade

Uma das linhas trazidas pela Reforma Gerencial constitui-se no conceito do “público-não estatal” visto como uma estratégia para descentralizar serviços públicos, com a manutenção da responsabilidade do Estado sobre o financiamento e a regulação da atividade. O seu molde compreenderia uma organização nem estatal nem privada, sem fins lucrativos, “cuja finalidade é prestar serviços de interesse público de natureza concorrencial, com financiamento público e métodos de funcionamento do setor privado, submetida a duplo controle: estatal e social” (Morales, 1999:62).

Seu objetivo seria justamente a revalorização do público, para que não se limitasse ou se esgotasse no estatal e para que pudessem ser exploradas outras possibilidades visando ao fortalecimento da sociedade (Bresser Pereira & Grau, 1999).

A Reforma reconhecia uma capacidade do setor público não-estatal em agregar um valor adicional àqueles serviços nos quais o consumidor não pudesse discernir por si mesmo sobre sua qualidade – como em relação a meninos de rua ou a pessoas com deficiências mentais – e, em termos mais amplos, quando houvesse informação incompleta sobre os insumos e os resultados. Por isso, sua importância seria extensiva a todos os serviços profissionais orientados às pessoas – tais como saúde e educação – nos quais é de central importância a dedicação humana (Bresser Pereira & Grau, 1999:32, 33).<sup>40</sup>

Reconhecia ainda um contexto mundial de crescimento na importância dessas organizações e procurava elencar alguns de seus motivos, que seriam múltiplos e por vezes contraditórios (Bresser Pereira & Grau, 1999):

- desejo de auto-organização social, contendo a influência de Estado e Mercado sobre a vida social;
- recentes políticas governamentais e multilaterais que transferiram ações para ONGs, em face do agravamento da crise fiscal, por meio de isenções ou subsídios;
- enfrentamento de déficits e/ou vazios deixados pelo Estado e pelo Mercado, nos quais estes não conseguem se inserir;
- capacidade de associar a produção de bens e serviços à defesa de valores coletivos;

---

pública, que, no entanto, não pertençam ao Estado; 4) *Produção de bens e serviços para o mercado*, realizada por empresas de economia mista em setores considerados estratégicos (Bresser Pereira & Spink, 2001).

<sup>40</sup> “De fato, a solidariedade, o compromisso, a cooperação voluntária, o sentido do dever, a responsabilidade pelo outro são todos princípios que tendem a caracterizar as organizações sem fins de lucro e, em termos mais amplos, a ‘comunidade’ enquanto mecanismo de atribuição de valores, diferenciável do mercado, baseado na competição, e do Estado, fundado no poder coercitivo” (1999:32).

- confiança, especialmente nos casos em que os usuários têm informação incompleta sobre a qualidade dos serviços, não podem efetivamente avaliar sua qualidade e precisam, portanto, ser protegidos pelo provedor;
- maior eficiência e menor custo, basicamente pela utilização de voluntários e doações (fontes diversas de financiamento);
- vantagens em relação ao Estado e ao Mercado: confiança, dedicação e solidariedade seriam papéis que lhes imprimiriam uma especificidade, assim como flexibilidade, experiência especializada e habilidade para chegar a clientes dificilmente alcançáveis;
- possibilidade de ajuste das prestações às características e necessidades de destinatários específicos, em um ambiente de diversidade.

O outro ponto fundamental da Reforma defendia que o Estado só executasse diretamente as tarefas que lhe fossem exclusivas, envolvendo o emprego de seu poder ou a aplicação de seus recursos. Todos os demais serviços que a sociedade decidisse prover com os recursos dos impostos não deveriam ser realizados no âmbito da organização do Estado, por servidores públicos, mas contratados com terceiros – entre eles, os serviços sociais e científicos, que seriam executados pelas organizações públicas não-estatais (Bresser Pereira & Pacheco, 2005).

A esfera pública não-estatal – personificada na figura jurídica da Organização Social (OS)<sup>41</sup> – era apresentada como nova esfera de relações entre Estado e sociedade, na qual seriam reorganizados os recursos de ambos para atender às demandas reprimidas da população. Isso tornaria a equação viável para prover serviços sociais e executar políticas sociais, superando as soluções dadas exclusivamente pelo Estado e pelo mercado ou atuando nos espaços por estes deixados vazios (Morales, 1999).

No entanto, a proposta da criação de Organizações Sociais recebeu pesadas críticas. De um lado, críticas vindas de setores que defendiam a manutenção dessas atividades nas mãos do Estado e eram contrários à transformação de entes estatais em OS. De outro, críticas no sentido de que o modelo proposto escondia um propósito de retirada do Estado de setores de importante relevância pública e fuga do regime jurídico público-administrativo, livrando-se de várias restrições legais existentes (Di Pietro, 2002), bem como se eximindo de um compromisso maior no financiamento de tais atividades.

---

<sup>41</sup> Entidade de fins públicos, mas com a natureza jurídica de direito privado, a qual celebraria um contrato de gestão com o Estado para o desempenho de serviços sociais e/ou científicos e seria financiada parcial ou totalmente pelo orçamento público. O Plano Diretor previa ainda que diversos serviços estatais fossem transformados em OS.

Nesse mesmo esforço e também em um contexto de Reforma do Estado, o Conselho da Comunidade Solidária, programa ligado à Presidência da República, iniciou um processo de interlocução política com a participação de representantes de OSCs e do governo para a reformulação do Marco Legal do Terceiro Setor no Brasil.

A intenção seria promover o diálogo, fortalecer a sociedade civil e realizar parcerias junto ao Estado no enfrentamento da pobreza e da exclusão social. A interlocução debateu questões relativas à incompatibilidade da legislação do setor em face dos novos papéis que essas organizações vinham assumindo, bem como em face de uma nova regulação, exigências de publicização e controle social demandadas pela sociedade, além das exigências de flexibilidade nas relações com o Estado (Ferrarezi, 2001).

Um dos resultados mais visíveis desse processo consistiu na edição da Lei 9.790/99, que qualifica parte das pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos como *Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público* (OSCIP) e cria o *Termo de Parceria*, objetivando

modernizar a realização de parcerias com os governos, com base em critérios de eficácia e eficiência e mecanismos mais adequados de responsabilização de modo a garantir que os recursos de origem estatal sejam bem aplicados e efetivamente destinados a fins públicos. (Ferrarezi, 2001)

O Termo de Parceria tenta disciplinar uma relação de parceria entre instituições com fins públicos – Estado e OSCIP –, mas com diferentes formas de propriedade – pública estatal e pública não estatal – e de natureza jurídica – pública e privada.<sup>42</sup>

Concluindo, parece estar claro que o esforço para superar a crise do Estado no tocante à sua intervenção no desenvolvimento social tem se traduzido em redefinir o modo de

---

<sup>42</sup> A princípio, parece não haver maiores diferenças entre as qualificações de OS e OSCIP. Apesar de a OSCIP ter sido “gerada” em uma agência governamental diferente, sua concepção e seu instrumento de contratualização com o setor público – o “termo de parceria” – têm inspirações claras nos mesmos princípios que nortearam o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (Bresser Pereira & Pacheco, 2005). No entanto, há diferenças relativas às possíveis áreas de atuação, à forma de composição do órgão deliberativo dessas entidades (a qualificação de OS exige participação de representantes do Poder Público), além do “uso” que os governos fizeram dessas qualificações. A OS tem sido bastante utilizada na gestão de hospitais públicos; muitas delas eram entidades estatais e foram transformadas em entidades públicas não-estatais. Já a OSCIP, apesar dos poucos termos de parceria firmados até o momento (Koga, 2004), assemelha-se mais às tradicionais formas de parceria entre Estado e OSCs. Outro ponto importante, a nosso ver, é que a literatura sobre o “público não-estatal” ressalta como um de seus objetivos primordiais a instalação de processos competitivos a partir da “ênfase na pluralização da oferta de serviços, frente à provisão monopolista e autoritária que predomina na oferta de serviços no âmbito estatal” (Bresser Pereira & Grau, 1999:36). Ao contrário, a visão de base por trás da OSCIP parece enfatizar a busca de maior colaboração entre OSCs e o Estado e a gestão conjunta de política públicas (Ferrarezi, 2000), não se preocupando com a oferta competitiva de serviços entre esses dois atores.



financiamento e de organização das políticas públicas sociais, garantindo-se efetividade na resposta e maior eficiência (Morales, 1999).

Tanto no contexto externo como no rápido apanhado feito do contexto brasileiro, as OSCs foram e serão, em muitos casos, atores sociais cruciais nesse processo, não apenas enquanto executores alternativos ao Estado e ao Mercado, mas também com base num reconhecimento da legitimidade de sua atuação, tanto por governos como pela própria sociedade (Morales, 1999).

As relações que as OSCs irão desenvolver com o Estado podem ser vistas de muitos ângulos. O aspecto que mais nos chama a atenção é a interação que se estabelece a partir do momento em que o Estado, reconhecendo sua incapacidade de ele próprio prestar certos serviços a que está obrigado legalmente, busca nessas organizações a estrutura capaz de executar tais ações e estabelece mecanismos de parceria.

Essa interação implica várias possibilidades. Ela pode partir do próprio Estado, sendo então encarada como:

- uma tentativa de se livrar de funções não desejadas, ou que apresentam aspectos difíceis na execução;<sup>43</sup> ou
- uma forma de compartilhar a gestão de determinada política pública, com o intuito de torná-la mais eficiente, menos sujeita a erros e com maior legitimidade de implementação. Por este enfoque, o Estado teria a perspectiva de trazer para o seu ambiente institucional as boas práticas que já vêm sendo conduzidas por essas organizações, as quais seu aparelho burocrático não seria capaz de realizar da forma semelhante.

Mas o movimento pode partir das próprias OSCs, reivindicando apoio a um trabalho reconhecido e conseqüentemente o acesso a fundos públicos que possam subsidiá-lo e permitir sua continuidade e replicação. Trata-se, como já vimos, de organizações que muitas vezes vêm ocupando lacunas deixadas pelo Estado e que por isso consideram legítimo o acesso a fundos públicos e a partilha na gestão de políticas públicas (Abong, 2004).

---

<sup>43</sup> De forma semelhante aos chamados “ganhos de transferência de responsabilidade (*Blame Shifting*)”, em que o ato de transferência a outros agentes (burocracia especializada, mercado e mesmo organizações sem fins lucrativos) tiraria do governo a responsabilidade direta pela regulação e resolução de conflitos (o exemplo original pesquisado debatia a regulação do setor de saúde suplementar no Brasil, transferido para agências regulatórias independentes e eximindo o governo da responsabilidade de regular diretamente aquele setor). No entanto, o ganho pode ser ainda maior caso essa ação de transferência seja identificada pelos interessados como uma iniciativa positiva do governo na busca de solução dos problemas (o chamado “ganho pelo crédito da iniciativa política” – *Credit Claiming*) (Pereira, 2003).

Em um contexto mais amplo, entendemos que esse tipo de movimento pode ser visto como evolução das democracias. Inicialmente mais focadas nos aspectos representativos e na eleição de seus representantes, os países passam também a se preocupar com o período “entre-eleições” e a construir mecanismos que permitam a participação de cidadãos e organizações da sociedade civil em processos de construção, implementação e fiscalização de políticas públicas.

Esse movimento revela também uma das possíveis funções do Estado contemporâneo e que tem sido chamada por alguns de “atividade estatal de fomento” (Di Pietro, 2002; Rocha, 2003): a atuação do Estado incentivando organizações da sociedade civil a prestar serviços de relevância social em parceria com ele.

A atividade de fomento pode se dar de várias formas, como a concessão de títulos honoríficos (utilidade pública), concessão de vantagens tributárias (imunidades e isenções) e transferência de recursos, seja mediante autorização em lei (geralmente leis orçamentárias) ou convênios e termos de cooperação em geral. Aos poucos o fomento público vai ocupando maior espaço e importância junto ao Estado, mudando sua forma de atuação junto à sociedade (Bresser Pereira & Grau, 1999; Morales, 1999).

O Estado percebe muitas vezes a conveniência em incentivar organizações da sociedade civil para que exerçam suas atividades e produzam serviços que revertam em diversos benefícios à sociedade em geral, reconhecendo, ao mesmo tempo, sua incapacidade em suprir de forma satisfatória as demandas sociais e a inadequação na prestação isolada e monopolizada de serviços públicos. A transferência de algumas atividades para organizações da sociedade civil não representa por si a diminuição do Estado.<sup>44</sup>

No entanto, esse mesmo movimento pode representar uma tentativa de construção de modelos de Estado mínimo – em que ele busca se eximir de atividades tradicionalmente prestadas pelo *Welfare State* –, definida em palavras como privatização, terceirização, desmonte e neoliberalismo, por exemplo. Pode representar ainda tentativas de fuga do regime jurídico tradicional da administração pública, buscando modelos mais flexíveis e menos burocratizadas de gestão (Di Pietro, 2002; Montañó, 2002; Abong, 2004).

Estas indagações também se relacionam a uma outra reflexão sobre o conceito de serviço público. No caso de atividades de cunho social como saúde, educação e assistência, será o Estado o único e possível prestador de serviços públicos? É possível conceber um

---

<sup>44</sup> Nesse sentido, a validade da desestatização poderia ser defendida, sempre que esta fosse capaz de manter o caráter público dos serviços (Morales, 1999).

sistema no qual atores não-estatais possam cumprir essa função sem serem considerados meros prestadores terceirizados? Como se determina o serviço a ser efetivamente prestado?

Como consequência, a questão posterior que surge e que despertou nosso interesse refere-se às regras institucionais para o acesso a fundos públicos. Fato é que o Estado brasileiro, nos vários níveis da Federação, estabelece inúmeros vínculos de cooperação com organizações da sociedade civil, em várias políticas públicas.<sup>45</sup>

Em geral, busca-se utilizar mecanismos tradicionais de repasse de recursos ao setor privado ou entre entes governamentais, sem levar em conta as especificidades das organizações da sociedade civil e da natureza das atividades desempenhadas (Ferrarezzi, 2001; Szazi, 2002).

Considerando que muitos países desenvolveram mecanismos institucionais eficientes de repasse de recursos, entendemos ser esta uma questão fundamental quando se pensa em políticas públicas compartilhadas junto a organizações da sociedade civil. Da mesma forma, o ‘*design*’ das regras que orientarão tal acesso pode ser decisivo no grau de efetividade dessas políticas e nos impactos ou efeitos causados a organizações.<sup>46</sup>

Portanto, a produção de bens públicos pelas organizações da sociedade civil acaba por trazer novos desafios regulatórios e institucionais para o Estado, sobre os quais procuramos refletir e, como bem se vê, mostram-se como uma dinâmica em construção e que não está isenta de contradições.

A emergência de organizações públicas não-estatais pode ser vista como uma saída para a crise fiscal do Estado e a ineficiência burocrática. Se tal questão vem sendo cada vez mais estudada e analisada – não sendo portanto uma problemática “original” –, também não se mostra como trivial, constituindo um dos capítulos da Reforma do Estado sobre o qual há menos conclusões (Morales, 1999:56).

---

<sup>45</sup> Desde 2000, a Associação Brasileira de Organizações Não-Governamentais – Abong publica o *Manual de Fundos Públicos*, com os recursos disponíveis ao financiamento de ações de ONGs junto a órgãos públicos federais e embaixadas. No caso da área federal, são também mencionados programas que não prevêem financiamento, mas que podem ser objeto de projetos específicos de ONG ou outras formas de colaboração. As informações se baseiam nos dados de execução orçamentária do ano anterior e do orçamento aprovado no ano vigente de cada publicação e cobrem nove grandes áreas: agricultura, assistência social, cultura, direitos difusos, direitos humanos, educação, meio ambiente, saúde e trabalho, e emprego e renda. A publicação traz um anexo elencando os Programas pesquisados (dentro das nove grandes áreas) dentro dos Planos Plurianuais de 2000-2003 (325 Programas) e de 2004-2007 (360 Programas) e que estavam presentes nos orçamentos de 2003 e 2004 (Abong, 2004).

<sup>46</sup> Taylor (1992) ao descrever a experiência da Inglaterra na provisão de serviços públicos pelo terceiro setor ressaltou os efeitos de diferentes formas de contratualização e apoio governamental na independência e na manutenção da missão dessas organizações. A depender do formato adotado, poderia haver o risco de desnaturação e burocratização das OSCs, com a perda da diferença e a inovação em relação aos serviços públicos estatais, aos quais se mostravam justamente como uma alternativa.

A partir desse contexto e tomando como base as interações entre Estado e organizações da sociedade civil para a prestação de serviços públicos, o presente trabalho busca analisar alguns desses aspectos dentro de uma política pública específica, qual seja, a política de combate a doenças sexualmente transmissíveis (DST) e ao HIV/Aids.

## 2

### HISTÓRICO DO COMBATE AO HIV/AIDS

Este capítulo tem por objetivo fornecer informações sobre o surgimento e a expansão da epidemia de Aids, especialmente no Brasil. Buscamos analisar as condições históricas e políticas que delinearam a resposta brasileira à Aids, destacando o conjunto de iniciativas não-governamentais e a maneira pela qual elas se relacionaram com o Estado brasileiro.

Após breve descrição do contexto mundial de surgimento da epidemia, focalizaremos os principais acontecimentos ocorridos no Brasil entre 1981, data das primeiras reportagens da imprensa sobre o HIV, e 1994, data do início do primeiro acordo de empréstimo assinado junto ao Banco Mundial.

Para tanto, recorreremos basicamente a duas fontes de informações:

- Documentos do Ministério da Saúde, de Agências Internacionais e de alguns programas estaduais de DST/Aids, que relatam a evolução da epidemia no país e o histórico das ações implantadas, especialmente as governamentais;
- Artigos e livros específicos da temática da Aids, escritos por pessoas com um perfil misto de militância e atividade acadêmica,<sup>47</sup> ou por pessoas que foram gestores<sup>48</sup> em programas governamentais e que buscaram resgatar e sistematizar suas experiências.

---

<sup>47</sup> No campo internacional, nossas principais referências foram Altman (1995), cientista político australiano com diversos trabalhos na área de política e sexualidade, e Mann & Tarantola (1996), da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, considerados referência mundial em estudos sobre HIV/Aids a partir de suas pesquisas de abrangência mundial intituladas “A Aids no Mundo”. No âmbito nacional, valemo-nos principalmente dos trabalhos de Galvão (1997, 2000 e 2002) e Parker (1997, 2003), cuja produção acadêmica se divide entre trabalhos publicados junto à Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) e o Instituto de Medicina Social (IMS), ligado à Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), um dos principais núcleos de pesquisa universitária na temática da Aids. Esses autores também tiveram rápidas passagens pelo Programa Nacional de DST/Aids, em cargos de chefia nas unidades de prevenção e de articulação com a sociedade civil. A literatura mencionada é referência em todo o Brasil para a maioria dos trabalhos no campo da Aids, possuindo tais pesquisadores amplo reconhecimento na área.

<sup>48</sup> Teixeira (1997), médico e um dos gestores-chave na criação do Programa Estadual de DST/Aids em São Paulo, posteriormente ocupou o cargo de diretor do Programa Nacional de DST/Aids.

## 2.1 A Aids no Mundo

Os primeiros casos de Aids foram reportados em junho de 1981 pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), órgão do governo norte-americano,<sup>49</sup> e também pela imprensa americana (Altman, 1995). Inicialmente identificada como GRID – *Gay-Related Immune Deficiency* em 1982, no mesmo ano a síndrome foi renomeada como AIDS – *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, após a identificação de outros modos de transmissão além da relação sexual (Galvão, 2002).<sup>50</sup>

Além dos homossexuais masculinos, outros grupos e populações também foram apontados como “grupos de risco”, vítimas e ao mesmo tempo vetores de transmissão, em uma alusão que qualificava a Aids como a “doença dos 4 Hs” (Câmara & Lima, 2000): haitianos, por motivos relacionados às práticas rituais de vodu, comércio clandestino de sangue e sexo entre homens, principalmente com turistas norte-americanos (Paul Farmer, citado em Galvão 2000:53), heroinômanos (representando a transmissão do vírus HIV por meio de drogas injetáveis, das quais as mais populares eram a heroína e a cocaína) e os hemofílicos. A estes quatro, poder-se-ia acrescentar também hookers (profissionais do sexo, em inglês) (Santa Catarina, 2005).

Inicialmente, o impacto da Aids foi sentido por um número pequeno de pessoas ou por grupos populacionais isolados, de forma que as primeiras ações contra a doença foram organizadas localmente, pelos próprios afetados e por pessoas próximas (Mann & Tarantola, 1996). A partir das notícias relacionadas a essa nova doença, começaram a surgir, inicialmente nos Estados Unidos e depois em outras partes do mundo, diversas respostas comunitárias, e nesse início sua ênfase partiu principalmente de grupos gays (Altman, 1995).

Várias organizações que trabalhavam a temática da Aids surgiram nessa primeira fase, como o GMHC – *Gay Men’s Health Crisis* (Nova York, 1982), ACT UP – *Aids Coalition to Unleash Power* (Nova York, 1987), TASO – *The Aids Support Organization* (Uganda, 1987) e *Steering Committee of People Living with HIV/Aids* (Londres, 1987), na medida em que a doença era diagnosticada não apenas nos países desenvolvidos, mas também em extensas regiões da África e, em seguida, da Ásia (Galvão, 2002; Altman, 1995). O aumento das demandas e de novas necessidades surgidas em torno da aids levou muitas dessas

---

<sup>49</sup> *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR), que relatava cinco casos de *Pneumocystis carinii* em homens jovens, em Los Angeles, que eram identificados como homossexuais (Galvão, 2002). Outros casos foram identificados fora dos Estados Unidos, no Haiti e na África central (Santa Catarina, 2005).

<sup>50</sup> As vias sanguínea e vertical (mãe-filho).

organizações a evoluírem em suas respostas (Altman, 1995; Mann & Tarantola, 1996), passando a adquirir cada vez mais importância. Ao mesmo tempo, novas iniciativas comunitárias e não-governamentais surgiam em diversas partes do mundo.

A Aids rapidamente se tornou uma epidemia global, difundindo-se em várias regiões do planeta, facilitada em parte pela mobilidade populacional no mundo moderno e por interações cada vez maiores entre as diversas populações e culturas. Outros fatores, como a falta de acesso a bens de saúde (como informação e insumos de prevenção) e as dificuldades de sociedades e governos em lidar com as principais formas de transmissão do vírus, também contribuíram para sua expansão.

Ao longo dos anos, outros atores institucionais também se mobilizaram para dar respostas ao avanço da epidemia, notadamente os governos (nacionais e locais), o setor empresarial, as universidades, e instituições internacionais como Nações Unidas e Banco Mundial.

Para os objetivos deste trabalho, o mais importante a ressaltar é o fato de que desde o início da epidemia, ONGs (ou os diversos nomes pelos quais se denominam essas organizações) tiveram papel determinante na organização das primeiras respostas comunitárias, no fornecimento de informações e educação sobre o HIV/Aids, bem como de cuidados aos infectados, na criação de laços comunitários, na interface com populações estigmatizadas atingidas pela doença e também na pressão política junto a seus governos no sentido de priorizar em suas agendas ações e medidas adequadas para o combate ao HIV/Aids.<sup>51</sup>

Outro ponto a ressaltar refere-se ao fato de a Aids desafiar o “aparato médico-governamental” existente (Altman, 1995:19), na medida em que as medidas biomédicas disponíveis não eram eficientes para tratar a nova doença, a qual, para além dos aspectos puramente clínicos, revelava também processos de marginalização e exclusão de parcelas da população. Neste sentido, as novas exigências trazidas pela Aids levaram à busca e à criação de “novos modelos especialmente relevantes de saúde pública” (Altman, 1995:36), e conceitos como fortalecimento, auto-estima e direitos humanos se tornaram centrais no desenvolvimento de novas estratégias de educação e intervenção, nas quais as ONGs teriam participação fundamental.

---

<sup>51</sup> No estudo de Mann & Tarantola (1996) sobre programas nacionais de Aids, a tendência geral é a de os governos só se disporem a tomar medidas em face de pressões vindas da opinião pública. De 112 programas pesquisados à época, apenas 60 por cento possuíam representantes governamentais de alto escalão que publicamente haviam declarado comprometimento em barrar o avanço do HIV e prover assistência para os infectados. A maioria desses programas foi criada entre 1985 e 1990.

## **2.2 A Aids no Brasil: a implantação de uma política nacional de combate ao HIV/Aids**

O primeiro caso de Aids no Brasil, também associado ao primeiro óbito, foi reportado pelo Ministério da Saúde como tendo ocorrido em 1980 (identificado como masculino e de transmissão sexual).<sup>52</sup>

Dado o período de latência do vírus, deduz-se que tenha chegado ao país provavelmente na década de 1970. Difundiu-se durante a primeira metade dos anos 80 nas principais áreas metropolitanas do Centro-Sul e, posteriormente, em outras macrorregiões (Ministério da Saúde, 1998a; Castilho & Chequer, 1997).

A partir de 1981 a imprensa começou a noticiar a doença.<sup>53</sup> Percebe-se que as informações sobre a Aids chegaram ao país antes que os primeiros casos fossem identificados (Carrara & Moraes, 1985, apud Galvão, 2002:20) e que serviços de saúde fossem criados ou redirecionados (Galvão, 2000), pautando-se a mídia brasileira pelas notícias veiculadas nos Estados Unidos.

Ao longo dos anos, foram sendo identificados e divulgados novos casos da doença, crescendo o número de pessoas que se infectavam e/ou morriam. Isso contribuiu para a piora do cenário nacional, em face da falta de conhecimento sobre a infecção e de alternativas medicamentosas (Câmara & Lima, 2000). A questão era tratada de forma alarmista e sensacionalista, gerando pânico, medo e discriminação entre a população (Ministério da Saúde, 1998a).

Dois momentos políticos são importantes para entender o início da epidemia no Brasil e a forma como surgiriam as respostas a ela.

A epidemia tem início durante o período de redemocratização brasileira, que marcou a passagem de um governo militar para um governo civil e a conquista definitiva das liberdades individuais, antes reprimidas. Esse processo define uma fase de rearticulação e renascimento de diversos movimentos sociais, e é nesse contexto que as ONG/Aids – ONGs ligadas ao

---

<sup>52</sup> A primeira versão impressa do *Boletim Epidemiológico AIDS* circulou em 1987, apontando os primeiros casos de Aids no país como datados de 1982, por meio do diagnóstico de sete pacientes homo/bissexuais. Em face de constantes revisões ocorridas nos números da epidemia, a informação foi posteriormente alterada para 1980 (Galvão, 2002; Ministério da Saúde, 1998a).

<sup>53</sup> *Jornal do Brasil*, março de 1981: “Câncer em homossexuais é pesquisado nos EUA”. Segundo pesquisa de Galvão (2002), trata-se de uma das primeiras matérias sobre Aids publicadas no país.



direitos dos homossexuais e de outras minorias estigmatizadas – encontraram terreno para se articularem, desenvolverem reivindicações junto ao poder público e estabelecerem maior participação nas questões nacionais.

O regime militar, vivido em países como Brasil, Argentina e Chile, teve como uma das conseqüências mais imediatas, a cassação dos direitos civis dos cidadãos de uma maneira geral e, de uma maneira particular, o de alguns grupos e populações. A volta ao regime democrático e os movimentos de resgate da cidadania coincidiram, em vários países da região, com a eclosão da epidemia. Soma-se a esse cenário a identificação dos “grupos de risco” – que incluía homossexuais, prostitutas e usuários(as) de drogas injetáveis –, que serviu para excluir ainda mais da arena social parcelas da população tradicionalmente excluídas por suas práticas e comportamentos. (Galvão, 2000:82-3)

Outro momento político a influenciar esse cenário refere-se ao processo de reforma do próprio setor de Saúde no Brasil, capitaneado pelo chamado Movimento Sanitarista,<sup>54</sup> que viria culminar com a criação do Sistema Único de Saúde, a partir das propostas da 8ª Conferência de Saúde, realizada em 1986, e das disposições inseridas na Constituição de 1988 (Ministério da Saúde, 1998a; Teixeira, 1997). Na Aids, essas propostas encontrariam terreno fértil para sua implantação (Unesco, 2005).

O direito à saúde foi então estabelecido como um direito de todos e um dever do Estado, tendo sido definidos também os princípios que regeriam o SUS: integralidade, universalidade e equidade das ações de saúde, bem como suas diretrizes: descentralização, regionalização, hierarquização, municipalização e participação da comunidade.<sup>55</sup> A principal idéia que parece perpassar esse processo de reforma é a passagem de um paradigma que via a saúde como indústria ou bem privado para um paradigma que a considera um bem social ou um valor universal (Unesco, 2005).

Tendo referenciado esses dois “momentos”, passaremos a analisar o histórico da epidemia no Brasil utilizando a classificação feita por Parker (1997, 2003), que estabelece

---

<sup>54</sup> O Movimento Sanitarista era composto por profissionais do setor de saúde de tendência progressista que desde a década de 1970 reivindicavam uma série de reformas no sistema de saúde e a extensão do direito à saúde a toda a população brasileira. Com o processo de redemocratização ocorrido nos anos 80 essas idéias ganharam força, e muitos desses profissionais participaram da implantação de novas políticas na área de saúde, bem como do processo político que resultou na nova configuração da saúde na Constituição de 1988.

<sup>55</sup> Até então, a saúde não era considerada direito de todo cidadão. O acesso a serviços nessa área estava na maioria dos casos condicionado à filiação ao Instituto Nacional de Previdência Social, o Inamps (Unesco, 2005). Também não estavam previstas ou regulamentadas as várias formas de participação da comunidade junto ao SUS, nem uma definição de competências entre os entes federados quanto às responsabilidades e competências, o que gerava fragmentação e desorganização em todo o sistema (Ministério da Saúde, 2003c).

quatro períodos para o que chama de “respostas políticas” à epidemia. Esses períodos definem momentos distintos das relações entre Estado e ONGs.<sup>56</sup>

**1982 a 1985:** abertura política; eleição de forças progressistas (em vários estados da Federação brasileira, nas eleições de 1982); notificação dos primeiros casos de Aids, criação do primeiro programa público de Aids no estado de São Paulo, fundação das primeiras ONGs cuja temática principal se relaciona à Aids, omissão das autoridades governamentais; onda de pânico e preconceito.

Os primeiros casos da doença no Brasil contribuíram para reafirmar as primeiras impressões que o senso comum possuía sobre a Aids, como uma doença que afetava homens gays, de classe média, e que tinham contato com o exterior (Galvão, 2002). Em suas viagens e contatos com homossexuais em cidades cosmopolitas, brasileiros teriam se infectado e trazido o vírus quando de volta ao Brasil.

Apesar do estigma inicial associado aos gays, a mídia também começou a relatar diversos casos de hemofílicos infectados em virtude da ausência de controle sobre os bancos de sangue (Câmara & Lima, 2000), tornando-se este um dos grupos mais afetados nessa fase.

As primeiras respostas de ONGs no Brasil datam de 1983, vindas de grupos gays da cidade de São Paulo como *Outra Coisa* e *Somos*. Consistiam na distribuição de folhetos com poucas informações sobre a doença e sobre as formas de prevenção, e de cartilhas em locais mais freqüentados por gays (Terto Jr., 1995, e Perlongher, 1987, apud Galvão 2000).<sup>57</sup>

Nesse início, já se observam interações entre essas ONGs e o Estado no sentido de buscar soluções governamentais para uma doença que atingia aquele grupo específico, conforme relata uma reportagem jornalística à época:

Luís Carlos [militante homossexual] pretende que os grupos “gays” passem a discutir amplamente todas as implicações da questão e promovam, se possível, campanha no sentido de levar as autoridades do Ministério da Saúde a buscarem informações sérias a respeito, divulgando-as e evitando, assim, que os homossexuais passem por “bodes expiatórios”. (*Folha de S. Paulo*, 12.06.1983)<sup>58</sup>

---

<sup>56</sup> Outras formas de cronologia são possíveis, dependendo do tipo de abordagem que se faz e dos fatos que se queira ressaltar. Adotamos a princípio essa cronologia por mostrar o processo de criação e desenvolvimento das políticas públicas de HIV/Aids no país e as interações entre Estado e ONGs.

<sup>57</sup> Outros grupos gays pioneiros são mencionados por Galvão (2000): Grupo Gay da Bahia (GGB) e Dialogay, de Sergipe.

<sup>58</sup> A matéria do jornalista Paulo Rocha aparece transcrita em Galvão, 2000:57.

Apesar disso, a Aids continuava sendo considerada uma ocorrência ainda isolada, e não era vista como prioridade de saúde pública (Ministério da Saúde, 1998a). Só ao longo dos anos, e com seu avanço, é que foi sendo incluída nas agendas governamentais dos diversos níveis da Federação.

O primeiro Programa de Aids no Brasil foi criado junto à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, em 1983, mesmo ano em que o grupo gay paulista *Outra Coisa* realizava os primeiros trabalhos comunitários de que se tem notícia:

Em 1983, um grupo de militantes do movimento pelos direitos dos homossexuais do Estado de São Paulo procurou a Secretaria do Estado de Saúde (SES) para cobrar uma posição diante de um problema novo e inquietante, detectado em nosso meio e já então bastante veiculado pelos meios de comunicação: a ocorrência de casos de Aids. A resposta da Secretaria veio através da constituição de um grupo de trabalho composto por técnicos de diversas áreas da instituição. (Teixeira, 1997:44)

Entre as primeiras medidas mencionadas estavam a criação de um serviço de informações e a participação da comunidade. Alguns fatores são destacados como favorecendo a criação dessa primeira resposta governamental no âmbito do estado de São Paulo (Teixeira, 1997; Parker, 2003; São Paulo, s.d.):

- a demanda gerada por um grupo social específico, ao qual se reconheceu legitimidade, e a necessidade de se combater o preconceito a ele vinculado, ainda que esse grupo fosse minoritário;
- a existência na Secretaria Estadual de Saúde de profissionais experientes em lidar com outras doenças que também traziam alta carga de estigma, como a hanseníase, e que adotavam uma abordagem ampliada desse problema, considerando seus impactos sociais e culturais;<sup>59</sup>
- o fato de essa mesma equipe já vir trabalhando na estruturação de um serviço de atendimento a doenças sexualmente transmissíveis;
- o cenário político da Secretaria Estadual de Saúde, onde predominava o movimento sanitaria progressista;
- a construção de uma coalizão envolvendo, de um lado, o setor progressista do movimento sanitaria, e, de outro, ativistas da comunidade gay e grupos comunitários envolvidos no cuidado a pacientes com hanseníase;

---

<sup>59</sup> Uma das principais manifestações da Aids era o Sarcoma de Kaposi, o que levava os pacientes a procurarem médicos dermatologistas. No caso do Programa de São Paulo, a Aids inicialmente seria tratada pelos mesmos profissionais que cuidavam de pacientes com hanseníase.

- um primeiro governo estadual eleito democraticamente, também representando as forças progressistas e democráticas do período.

Percebe-se aqui a combinação de alguns fatores: um governo democrático, no qual soou a crescente mobilização de setores da sociedade civil, em um contexto de aumento dos casos de HIV/Aids e de sua concentração inicial em São Paulo. Teixeira (1997) destaca que, embora não tenham aceitado convite para participar da coordenação do programa estadual, os membros do *Somos* e do *Outra Coisa* mantiveram estrita convivência e participação na elaboração de estratégias e atividades, trazendo, acima de tudo, “a marca da luta contra o preconceito e a discriminação” (1997:48).

Para Parker (2003) e Teixeira (1997), a resposta da saúde pública do Estado de São Paulo caracterizou-se como relativamente adiantada e progressista à epidemia que surgia, e a partir de então constituiu um importante modelo a ser seguido no restante do país.

O ano de 1985 marcou o nascimento da primeira ONG totalmente dedicada à Aids, o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA), formado por profissionais liberais, sobretudo militantes do movimento homossexual, que tinham a importante função de pressionar a Secretaria de Saúde de São Paulo, e por profissionais de saúde, assistentes sociais e ativistas comunitários. Foram motivados pela discriminação e pelo preconceito (a eles próprios ou a soropositivos de seu ciclo de relacionamentos), como também pelo número crescente de casos oficialmente notificados como Aids (Galvão, 2000, 2002; Parker, 2003).

Nesse início de epidemia, grupos como o GAPA São Paulo desenvolveram efetiva relação com o Programa Estadual, por vezes trabalhando com união de esforços – como no caso da internação de pacientes rejeitados por hospitais públicos e privados –, por vezes em oposição, denunciando a inatividade do governo. Pode-se resumir sua ação em duas vertentes: “pressão para obter serviços em nível local” e “tentativa de prover pelo menos alguns serviços e remédios os quais o Estado não provia” (Parker, 2003:24).

Isso porque, apesar do discurso progressista existente em São Paulo, não corresponderam necessariamente ações concretas proporcionais ao problema, tendo sido a ação estatal muitas vezes incompatível com a urgência de certas situações geradas pela epidemia. As dificuldades começaram a ser sentidas especialmente no tocante à atenção hospitalar, havendo poucos hospitais para atender ao crescente aumento dos casos de Aids (Teixeira, 1997).

Além disso, outros setores do Estado (mesmo dentro do setor da saúde) questionaram a importância que estava sendo dada ao problema, considerado de pequena dimensão, restrito

a um grupo pequeno da população. A Aids poderia desviar a atenção merecida por outros problemas mais graves (Teixeira, 1997).

Nesse momento inicial, o trabalho das ONGs foi fundamental para quebrar a resistência de governos nas três esferas da Federação, que tendiam a ignorar o avanço da epidemia, e provocar o surgimento das primeiras respostas governamentais, o que se refletiu na criação de alguns programas estaduais e municipais e culminou na criação do primeiro programa nacional entre 1985 e 1986, quando 11 estados já possuíam seus programas próprios (Teixeira, 1997).

Ainda sim, naquele momento havia pouca informação disponível sobre a doença e as ações eram precárias, tanto do lado governamental como do não-governamental.

**1986 a 1990:** governo José Sarney e gradual redemocratização da sociedade brasileira; criação de uma resposta governamental em nível federal; abordagem pragmática da epidemia; crescimento do número de ONGs com atividades em HIV/Aids; mobilização das pessoas com HIV/Aids.

A primeira “reação” governamental em nível federal ocorre em 1985,<sup>60</sup> por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 236, de 2 de maio, a qual estabelece as diretrizes para “o programa de controle da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, SIDA ou AIDS”. Trata-se das primeiras discussões para se implantar um programa federal de combate ao HIV/Aids, em um contexto de casos cada vez mais freqüentes de Aids e de maior preocupação na comunidade internacional, quando não havia mais como o governo federal não se manifestar (Parker, 2003).

Nessa época relata-se o início de um processo gradual de mudança de funcionários nas agências federais, fruto do processo de redemocratização que se iniciava e que, no caso específico do Ministério da Saúde, fez ecoar as influências do Movimento de Reforma Sanitária, inclusive no tocante à implementação do que viria a ser o Sistema Único de Saúde (Parker, 2003).

---

<sup>60</sup> Teixeira (1997) menciona um documento produzido pelo Ministério da Saúde e datado de 1983, chamado “AIDS – Informações básicas” e que apresentava um resumo de artigos publicados em periódicos internacionais, sem fazer, entretanto, qualquer menção aos casos já registrados no Brasil e noticiados pela imprensa. Não foram encontradas outras referências a esse documento, mesmo em publicações governamentais, que o relacionassem à implantação de um programa nacional de DST/Aids no Brasil.

As ações tiveram êxito a partir de 1986, após uma série de reuniões com funcionários estaduais dos Programas de Aids e representantes de ONGs e da mídia (Parker, 2003). O PN promoveu a definição de diretrizes, estratégias e ações programáticas no âmbito nacional e medidas para implantação em todos os estados, e contou com a contribuição de técnicos de saúde estaduais, universidades e ONGs. Os participantes dividiram-se em grupos de trabalho que traziam o referencial não discriminatório e de defesa dos direitos das pessoas infectadas, atitude que seria incorporada como diretriz nacional (Teixeira, 1997).

Apesar disso, “a expressão da política nacional de Aids durante os primeiros anos mostrou-se pouco eficiente e pouco comprometida” (Câmara & Lima, 2000). A prioridade estava na vigilância epidemiológica, na assistência médica e na divulgação de mensagens de alerta e de não discriminação, dentro de um contexto de recursos financeiros escassos (Ministério da Saúde, 1998a). Também em face dessa escassez, as ações de prevenção resumiam-se a reuniões, palestras, distribuição de folhetos e utilização de mídia, em um trabalho de marketing existente pela falta de uma política sistemática (Teixeira, 1997).

Em 1986, outra importante ONG/Aids foi fundada, a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), considerada a primeira ONG/Aids a ter como dirigente uma pessoa assumidamente soropositiva, Hebert de Souza, mais conhecido como Betinho, figura de destaque no movimento de ONGs a partir da redemocratização do país. Segundo Parker (2003:24), inicialmente os fundadores da ABIA “rejeitavam conscientemente qualquer papel direto na proteção e tratamento de pessoas com HIV/Aids” sob o entendimento de que se tratava de obrigação do Estado em provê-los, tendo centrado sua ação “na crítica à política do governo – ou à falta de uma, particularmente em nível federal”.<sup>61</sup>

Em 1986 foi criada, por meio da Portaria 199, de 24 de abril, a Comissão de Assessoramento em Aids, que se transformou em 1987 em Comissão Nacional de Aids (CNAIDS); formada por representantes de diversos ministérios, progressivamente foi incorporando representantes da sociedade civil como Associações de Advogados e ONGs relacionadas à Aids (Teixeira, 1997). Na visão de Teixeira (1997) havia um estímulo à participação da sociedade civil e a tentativa de que se visse a Aids como um problema nacional e não exclusivo da área da saúde.

Mas essa participação ocorria em limites específicos, uma vez que a Comissão era autorizada e de responsabilidade do Ministério da Saúde, além de ter a função de oferecer apoio técnico e não de formular políticas ou estabelecer áreas de ação. No mesmo ano, a Aids

---

<sup>61</sup> Diferentemente do Gapa-SP, por exemplo, que buscava, juntamente com o trabalho de pressão junto ao Estado, prover alguns serviços não oferecidos por este.

passa a ser uma doença de notificação compulsória, conforme determinado pela Portaria 542/86, do Ministério da Saúde (Galvão, 2002).

Outra importante iniciativa a ser mencionada diz respeito às associações de hemofílicos, uma vez que significativa parte das infecções no início da epidemia se deu pela via da transfusão de sangue. Em face das repetidas falhas dos programas governamentais no controle adequado do fornecimento de sangue, a atuação dos hemofílicos foi decisiva, por meio de intenso *lobby* junto ao Congresso Nacional, para que fosse aprovada uma lei que tornava obrigatório o teste do HIV em doações de sangue em território nacional (Lei 7.649, de 25 de janeiro de 1988) e fazendo que a Constituição de 1988 declarasse ilegal a comercialização de estoques de sangue (Parker, 2003).

Nesse período são registradas também respostas de organizações religiosas, como o Projeto Esperança, criado em 1987 e ligado à Arquidiocese de São Paulo (Galvão, 2000:74). O projeto possuía várias atividades, como atendimento jurídico, apoio religioso e distribuição de cestas básicas. Também no Rio de Janeiro a Igreja buscou estabelecer um conjunto de serviços relacionados à Aids, incluindo suporte financeiro a uma clínica médica para populações marginalizadas e a um asilo para indigentes soropositivos.

Outra iniciativa importante, desta vez em conjunto com o Estado, refere-se à formação do Grupo Religioso de Educação, Apoio e Solidariedade, incentivado pelo Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, grupo ecumênico que buscava traçar áreas de atuação e treinar seus membros nas diversas dimensões relativas à epidemia (Maria Eugênia Lemos Fernandes, citada em Galvão, 2000:74 e Galvão, 1997b).<sup>62 63 64</sup>

Após a criação da Comissão Nacional de Aids, outro passo importante no âmbito federal foi a criação da Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids do Ministério da Saúde, em 1988, fundamental para que as primeiras ONGs de luta contra a Aids direcionassem suas reivindicações (Raizer, apud Câmara & Lima, 2000). Além disso, diversas comissões nacionais, estaduais e municipais começaram a ser criadas, até mesmo por pressão

---

<sup>62</sup> A partir dos anos 90, a resposta religiosa crescerá bastante no Brasil, sobretudo nas iniciativas do tipo “casa de apoio” e atendimento domiciliar a pessoas vivendo com HIV/Aids. Segundo Artur Kalichman (citado em Galvão, 2000:74), o processo de pauperização da epidemia, somado ao empobrecimento da sociedade brasileira e ao sucateamento da rede pública de saúde, tornam a resposta religiosa um importante elemento no conjunto de iniciativas que surgem no país.

<sup>63</sup> Igrejas evangélicas também têm projetos voltados a moradores de asilos e a usuários de drogas; entre estes últimos, cresce cada vez mais a correlação entre drogas injetáveis e transmissão do HIV (Galvão, 1997b). Religiões afro-brasileiras também tiveram papel importante no desenvolvimento de programas de prevenção para a comunidade negra, inclusive em parceria com o Programa Estadual de São Paulo, e na área de assistência, como no Centro de Convivência Infantil Filhos de Oxum, em São Paulo (Galvão, 1997b).

<sup>64</sup> A atuação das Igrejas e de organizações a elas ligadas oscila entre posições mais ou menos favoráveis à política nacional de DST/Aids e posições defendidas por ONGs “leigas”, especialmente no que se refere aos métodos de prevenção ao HIV/Aids e ao uso de drogas.

das ONGs/Aids, e aos poucos se foi conquistando um espaço político de interlocução entre diversos atores sociais comprometidos no enfrentamento da epidemia (Câmara & Lima, 2000).

Considera-se o ano de 1988 como o de formalização definitiva do PN dentro da estrutura do Ministério da Saúde, ao mesmo tempo em que se inicia a distribuição gratuita, no âmbito do SUS, dos medicamentos para infecções oportunistas (Ministério da Saúde, 1998a; Unesco, 2005).

Após um período de colaboração e adoção das iniciativas dos programas subnacionais, nessa segunda fase, a partir de 1988, haverá um processo de maior centralização,<sup>65</sup> pelo qual o PN procurará utilizar os centros subnacionais como implementadores de atividades planejadas em Brasília (Teixeira, 1997).<sup>66</sup>

Em 1989 iniciou-se o Projeto Previna, com o objetivo de desenvolver programas de prevenção junto aos então considerados “grupos de risco”, e que contava com a participação das ONGs na implantação das ações. Esse Projeto é considerado a primeira iniciativa mais institucionalizada de parceria entre governo federal e ONGs.

Também em 1989, a criação do Grupo Pela VIDA (Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids)<sup>67</sup> revelou um novo tipo de iniciativa não-governamental que se formava, com base em um discurso que enfocava não somente a prevenção mas também as próprias pessoas vivendo com HIV/Aids, mostrando o quadro de negação de direitos a que eram submetidas. Abordavam-se questões relacionadas a avanços terapêuticos e a medicamentos que propiciavam melhores condições de vida.

Grupos como esse mostraram uma tendência que aos poucos se sedimentava, de envolver cada vez mais as pessoas soropositivas nas estratégias de combate à epidemia, na elaboração de políticas públicas e na garantia de direitos humanos e civis como parte da luta contra a Aids (Galvão, 2000; Parker, 2003).<sup>68</sup>

A atuação das ONGs/Aids cresceu ao longo dos anos 80 e no início dos anos 90, especialmente em grandes centros urbanos, tornando-se ponto-chave de referência para

---

<sup>65</sup> Programas de Cooperação técnica e financeira junto à OMS e à Organização Pan-Americana de Saúde teriam permitido um fortalecimento e maior consolidação do Programa (Teixeira, 1997).

<sup>66</sup> Para o autor, esse processo desconsiderou os contextos epidemiológicos e sócio-culturais locais, bem como as ações já implantadas pelos Estados, gerando sobreposição de ações.

<sup>67</sup> E de outros grupos, como o GIV, Grupo de Incentivo à Vida, e a RNP+, Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids.

<sup>68</sup> Um *slogan* adotado nessa época por pessoas soropositivas em diversas partes do mundo era: “Nós não somos parte do problema, mas parte da solução”. Tornou-se comum também a sigla GIPA – *Greater Involvement of People Living with HIV/AIDS*, cunhada em um encontro ocorrido em Paris em 1994, propondo maior envolvimento das pessoas vivendo com HIV/Aids nas políticas nacionais regionais, nacionais e globais de Aids (Galvão, 2000:76).



informações sobre a epidemia, tanto para a população em geral, como para governos e mídia. Ao mesmo tempo, as ONGs/Aids também desenvolviam inúmeros programas que se tornariam referência nas áreas de prevenção e educação, como também nos cuidados para pessoas vivendo com HIV/Aids (Parker, 2003; Galvão, 2002).

As diversas ONGs também passaram a se articular. Os primeiros encontros nacionais de ONG/Aids datam de 1989, quando havia a intenção de se criar uma rede brasileira de ONGs que desenvolvessem atividades em HIV/Aids, num momento em que também surgiram diversos Fóruns Estaduais de ONGs/Aids (Galvão, 2002).

Câmara e Lima (2000) relacionam o surgimento de ONGs voltadas especificamente ao trabalho com Aids – além das que já possuíam identidades próprias: feministas, negras, gays e lésbicas, profissionais do sexo, entre outras, e que também focalizavam essa temática – ao crescente aumento da epidemia no país, aliado à falta de profissionais preparados e dispostos a lidar com os novos desafios apresentados, bem como à inexistência ou insuficiência de serviços públicos adequados. Essas organizações viriam complementar ou substituir “necessidades coletivas” não supridas ou disponibilizadas pelo Estado.

Parker (2003:25) afirma que

Elas [ONGs/Aids] desempenharam funções importantes no fornecimento de medicação para pessoas incapazes de arcar com o preço, no desenvolvimento de programas de cuidados caseiros e em alguns casos em asilos, no desenvolvimento de programas de prevenção e educação e, talvez, acima de tudo, na defesa de um trabalho voltado para a aplicação de pressão política para a criação de melhores políticas.

Terto Jr. (1997), por sua vez, destacou a participação de outros setores como o empresarial, que iniciava parcerias com organizações não-governamentais para programas sobre Aids em local de trabalho.

Apesar das críticas de ONGs quanto ao ritmo e à consistência de muitas iniciativas políticas, esse período marcou um gradual processo de desenvolvimento de uma política nacional, com a melhoria da vigilância epidemiológica, surgimento de programas de treinamento para estados menores ou mais distantes que estavam começando seus programas, maior controle do fornecimento de sangue, veiculação constante de campanhas na mídia e aprovação de importantes leis – como as referentes à testagem e à comercialização de sangue (Parker, 2003).

Também merece destaque o surgimento de diversas ONGs, as quais realizaram trabalhos junto a públicos distintos e promoveram ações em prevenção, assistência e direitos

humanos, bem como a primeira experiência de parceria do governo federal no trabalho com populações mais vulneráveis, através do Projeto Previna.

**1990 a 1992:** Governo Collor; suspensão de elementos-chave do Programa Nacional de Aids; antagonismo crescente entre este e os demais setores envolvidos na luta contra a epidemia; suspensão das principais relações internacionais, especialmente o Programa Global de Aids da OMS.<sup>69</sup>

Desde o início do governo Collor ocorreram mudanças na política nacional de Aids, em um contexto político conturbado. Mudanças na direção do Ministério da Saúde e no PN provocaram a descontinuidade de vários componentes da política que vinham sendo implantados até então, entre outros, a própria vigilância epidemiológica. Os referenciais de defesa dos afetados pela epidemia e do combate ao estigma e discriminação também foram abandonados (Teixeira, 1997).

Ao mesmo tempo, entre 1990 e 1991 ocorreu um aumento acentuado de casos notificados de Aids, em mais de cem por cento em relação à década anterior (Santa Catarina, 2005).

Um ponto positivo – portanto contraditório aos outros acontecimentos do período – a ser mencionado consiste na adoção de uma política de distribuição gratuita de medicamentos para Aids (Teixeira, 1997), especialmente o AZT, como resultado de pressões junto ao governo federal por parte de ONGs, manifestações públicas, ações judiciais e pressões políticas (Câmara & Lima, 2000; Galvão, 2002).

As relações do governo federal se deterioraram nesse período: com as ONGs/Aids, com os programas estaduais e municipais, e com as comunidades científicas e médicas. Questionava-se o acerto das políticas de prevenção,<sup>70</sup> a forma como se conduzia o processo de municipalização de ações de saúde no campo da Aids e a descontinuidade de repasses federais (Parker, 2003).

---

<sup>69</sup> O Ministério da Saúde criticou veementemente o anúncio da OMS de que o país era prioritário para o programa de desenvolvimento de uma vacina contra o HIV/Aids, dizendo que os brasileiros não serviriam de cobaias em experiências médicas trazidas do exterior. Uma série de atores sociais, entre os quais ONGs, gestores estaduais e municipais, pesquisadores e autoridades médicas fizeram críticas à perda potencial de recursos técnicos e financeiros, além de apontarem a falta de uma justificativa racional para a recusa (Parker, 2003).

<sup>70</sup> Um episódio exemplificativo que ilustra esse período e a relação de polarização se refere a uma campanha veiculada na TV em 1991 pelo governo federal, na qual se enfocavam as noções de medo e incurabilidade da Aids (“Se você não se cuidar, a Aids vai pegar você”) (Parker, 2003:16).

Instalou-se uma relação de completo antagonismo e polarização entre o PN, enfraquecido e lento em tomar atitudes, e as ONGs/Aids. Estas promoveram críticas e acusações, influenciadas também pelo clima político de denúncias de corrupção do governo Collor e do então ministro da saúde, Alcení Guerra. Houve uma quase paralisação das atividades (Parker, 2003).

**1992 a 1997:** Governo Itamar, após o *impeachment* de Collor; maior espírito de colaboração entre os atores sociais, especialmente nos primeiros anos, em face da experiência da administração anterior no programa nacional de Aids; disposição da sociedade civil para trabalhar junto ao Estado.

No último ano do governo Collor, a mudança do ministro da Saúde e a volta da antiga coordenadora do PN deram início à reconstrução do que fora interrompido nos dois anos anteriores (Parker, 2003). Nesse período foram iniciadas as negociações junto ao Banco Mundial que, algum tempo depois, resultariam no primeiro empréstimo para o PN (Aids I).<sup>71</sup>

Antigos parceiros são novamente convocados, renovando-se os laços de colaboração. Entre eles, as ONGs-Aids, “consideradas parceiras chave na reversão da decisão de não participar da pesquisa de desenvolvimento da vacina patrocinada pela OMS” (Parker, 2003:26) e incluídas também no processo de recriação da Comissão Nacional de Aids e na Comissão Nacional de Vacina.

Esse processo acabaria por aglutinar diversos atores governamentais e não-governamentais e provocar uma mobilização em favor de um projeto de larga escala e que poderia ser capaz de provocar maior impacto (Parker, 2003).

E talvez, mais importante ainda, a participação da ONG foi voltada, desde o começo, para a elaboração do Projeto do Banco Mundial e representantes chave de ONGs foram contratados como consultores com a função de esboçar a proposta inicial para componentes ligados ao suporte para iniciativas para a comunidade, programas de prevenção e iniciativas para a Aids no ambiente de trabalho. (Galvão, 2002:15)

---

<sup>71</sup> Parker (2003:44) atribui o esforço combinado dos diversos atores na reconstrução da resposta nacional à epidemia, bem como na mobilização pelo empréstimo junto ao Banco Mundial, a uma reação à *performance* desastrosa da administração anterior do Ministério da Saúde e do PN e à polarização extrema que se instalara.

O primeiro empréstimo feito pelo Banco Mundial<sup>72</sup> pode ser entendido como uma das estratégias do PN, adotada a partir da percepção do agravamento da epidemia e da necessidade de conscientizar a população. Era preciso, também, estabelecer um sistema de saúde pública que fosse capaz de responder aos desafios trazidos pela Aids (Ministério da Saúde, 1998a).

Foi somente com base na reestruturação posterior ao governo Collor e com o sucesso nas negociações do empréstimo junto ao Banco Mundial (entre 1992 e 1994) que houve uma institucionalização mais definitiva do PN, a expansão da política pública e conseqüentemente o reconhecimento definitivo de que a Aids era uma prioridade para a saúde pública no Brasil (Ministério da Saúde, 1998a).

O empréstimo também permitiu o estabelecimento de um até então inédito sistema de parceria junto às ONGs, como detalharemos no próximo capítulo.

## **2.3 Considerações Finais**

Este capítulo buscou relatar os principais fatos ocorridos até o momento da negociação do acordo de empréstimo com o Banco Mundial (assinado efetivamente em 1994), momento esse que será novamente focalizado no próximo capítulo.

Foi possível perceber que a eclosão de uma nova doença como a Aids fez surgir uma série de respostas comunitárias, tanto no Brasil como no resto do mundo, além de interações destas com o Estado. Também foi possível perceber que a expansão da epidemia tornou praticamente obrigatória a criação de programas governamentais, locais e nacionais, como estratégia imprescindível no combate à epidemia, gerando, portanto, um novo campo de política pública e a necessidade de parcerias com outros atores sociais.

Os grupos aqui mencionados revelam algumas das tendências dessas respostas comunitárias, dentro de um universo bastante heterogêneo de ONGs que surgem ao longo dos anos, permitindo conhecer algumas de suas características, diferentes missões, público-alvo e os contextos em que surgem.

O histórico nos mostra uma crescente interação entre Estado e sociedade civil na formulação e na implantação de políticas para enfrentar a Aids. Mas essa interação não

---

<sup>72</sup> Foram celebrados até o momento três acordos de empréstimo entre o Banco Mundial e o governo federal: AIDS I, de 1994 a 1998 (160 milhões de dólares de empréstimo e 90 de contrapartida do governo federal); AIDS II, de 1999 a 2003 (165 milhões de dólares de empréstimo e 135 de contrapartida do governo federal), e AIDS III, de 2003 a 2006 (100 milhões de dólares de empréstimo e a mesma quantia de contrapartida).

significa ausência de contradições e de conflitos, como se viu em diversos momentos de demanda ao Estado por ações concretas, ou de oposição a determinadas ações. A interação evidencia ainda o exercício de controle social por parte dessas organizações e a ocupação de “espaços” pelas ONGs, os quais se entendia deveriam ser ocupados pelo Estado.

As respostas da sociedade civil surgem para atender os infectados e as populações atingidas, e ao longo do tempo vão se tornando importantes referências. Percebem-se as novas demandas trazidas ao Estado pela doença, assim como a necessidade da implantação de medidas consistentes.

Outro ponto a ressaltar é que, apesar de o SUS só começar a se institucionalizar a partir de 1988 – portanto, quando a epidemia já estava instalada no país –, é possível afirmar que as primeiras respostas para a Aids no Brasil já continham essa nova concepção de saúde pública, com os valores e estratégias trazidos pelo SUS e que desde o início dos anos 80 já estavam inseridos na pauta de movimentos sociais, na luta por uma nova organização desta área (Unesco, 2005).

Miriam Ventura (Ministério da Saúde, 2002d:8) considera que, ainda que o movimento relacionado à Aids não tenha participado ativa e diretamente no processo pré-constituente, mesmo assim apropriou-se rapidamente

dos avanços constitucionais para a defesa de seus interesses, tomando como eixo condutor a vinculação da problemática da Aids às questões da saúde em geral, como um direito fundamental do ser humano que deve o Estado prover, através de políticas econômicas e sociais, e não somente através de ações na área da assistência à saúde.

A literatura pesquisada enfatiza a omissão estatal e a ausência de recursos humanos e estrutura adequada, bem como a ausência de políticas concretas, de atribuição de prioridade e de disponibilização de recursos financeiros. Essa ênfase pode ser entendida com base no “lugar” do qual essa literatura fala e que inegavelmente circunscreve sua análise.<sup>73</sup> Reconhecemos certo caráter militante entre as pessoas bastante envolvidas no cotidiano da epidemia, cotidiano esse que também expunha, de forma enfática, uma sensação de urgência e de necessidade de respostas rápidas diante das situações trazidas pela Aids.

No entanto, os documentos governamentais, mesmo ressaltando iniciativas pioneiras como a do programa estadual de São Paulo, em outros momentos também mencionam as dificuldades de inserção da Aids na agenda governamental e de implantação de medidas,

---

<sup>73</sup> Galvão (2000) busca ressaltar o “lugar” sobre o qual fala, de forma a mostrar o limite e as possibilidades que circunscrevem sua análise.

notadamente em âmbito nacional. Como afirmamos anteriormente, para o Ministério da Saúde (1998a) o reconhecimento definitivo da Aids como prioridade de saúde pública ocorreria apenas em 1992, portanto dez anos após o diagnóstico dos primeiros casos de no país.<sup>74 75</sup>

De qualquer forma, as interações entre sociedade civil organizada e Estado no Brasil parecem se enquadrar em um modelo geral de “reações coletivas” à Aids, as quais poderiam ser descritas brevemente em três passos sequenciais (definidos por Michael Pollak, como consta em Galvão, 2000:28):

- a identificação dos primeiros casos de Aids e a tomada de consciência do problema;
- a criação das primeiras organizações voluntárias;
- a intervenção dos poderes públicos para coordenar e controlar as diferentes iniciativas.

A esta sequência poderíamos acrescentar outros dois “movimentos” importantes:

- a influência das organizações da sociedade civil como fator determinante na intervenção dos poderes públicos com ações de combate à epidemia;
- a intervenção não-governamental enquanto “parte” da intervenção do poder público, por meio de relações de parceria na prestação de serviços relacionados ao combate ao HIV/Aids e de formulação conjunta de políticas.

Pelo histórico descrito, percebe-se a importância das ONGs em provocar a intervenção do poder público, seja por meio de protestos seja pelo compartilhamento de informações sobre a doença. Tal pressão parece ter sido indispensável para que essa intervenção se efetivasse e se mantivesse (Unesco, 2005). Vê-se, ainda, que o trabalho conjunto pôde resultar na consideração das ONGs como parte da política governamental, ao assumirem funções não desempenhadas pelos órgãos públicos.

Os próximos capítulos buscarão analisar o processo de formação de vínculos de parceria entre governo federal e ONGs na prestação de serviços no campo da Aids, a partir da

---

<sup>74</sup> Em outro documento (Ministério da Saúde, 1999a:35) registra-se que foi somente em 1992 que os procedimentos médicos para tratamento da Aids foram incluídos na tabela do SUS. Foi também nesse ano que se iniciou o credenciamento para internação em Aids nos hospitais públicos da maior parte das regiões do país. “Desta forma, deu-se a primeira iniciativa formal de descentralização da assistência e combate ao preconceito e estigma à AIDS, então vigentes na grande parte dos hospitais brasileiros”.

<sup>75</sup> Não é objetivo deste trabalho responder se a ação governamental nos primeiros anos da epidemia revelou-se omissa ou foi implantada em um ritmo lento. Nosso objetivo consiste em apresentar fatos que nos permitam entender os primeiros anos da epidemia no Brasil e a dinâmica construída entre sociedade civil e governo na busca por respostas aos desafios que então surgiam.

celebração do primeiro acordo de empréstimo com o Banco Mundial. Buscaremos entender quais motivos determinaram a formação desses vínculos, em que áreas essa colaboração ocorreu e quais os mecanismos contratuais utilizados.

# 3

## A Construção da Política de Parceria

O presente capítulo busca discutir os motivos que levaram o governo federal a considerar a parceria com as ONGs na implantação de uma política nacional de HIV/Aids, a partir da concessão do primeiro empréstimo do Banco Mundial (Aids I).

Partimos do pressuposto de que a concessão desse acordo parece ser um ponto de inflexão na resposta brasileira ao HIV/Aids,<sup>76</sup> ao permitir uma maior estruturação do Programa Nacional (PN) e dos componentes da política pública de combate ao HIV/Aids: política de prevenção – para a população em geral e para os grupos mais vulneráveis –, criação de uma rede ambulatorial e hospitalar junto à estrutura pública do SUS, pesquisa e maior vigilância epidemiológica.

Da mesma forma, a disponibilização de recursos do Banco Mundial e a forma como o Aids I foi concebido permitiram a criação de um sistema de apoio a projetos de ONGs, que passaram a ser financiadas por meio de concorrências públicas nacionais. A partir do Aids I, pode-se dizer que a resposta não-governamental ao HIV/Aids foi assumindo um forte aspecto de oferta de serviços e ações em parceria com o Estado (Ministério da Saúde, 1998a; Parker, 2003), ao lado da já conhecida ação de denúncia e controle social.

Para contextualizar a reflexão, é necessário inicialmente analisar o Projeto Previna considerado a primeira experiência mais formalizada de parceria entre governo federal e ONGs em uma fase ‘pré’-Banco Mundial. Posteriormente, discorreremos sobre o contexto de inserção e atuação do Banco Mundial no financiamento de projetos na temática de HIV/Aids e sobre alguns aspectos da negociação do empréstimo. Em seguida, a partir dos relatos dos gestores do PN e dos documentos relativos ao Aids I, buscaremos explicitar e analisar as motivações dessa parceria.

---

<sup>76</sup> Para Galvão (1998), não há dúvida de que os recursos vindos do Banco Mundial significaram um divisor de águas, tanto pelo montante envolvido como pela possibilidade de se expandir ações implementadas.



### 3.1 Projeto Previna: a primeira experiência <sup>77</sup>

O Projeto Previna – sigla que se refere a Prevenção e Informação sobre Aids e outras DST – originou-se a partir da necessidade sentida pelo PN, em 1988, “de haver alguma intervenção de educação à saúde, visando a prevenção de Aids/DST em alguns segmentos populacionais mais expostos a risco de infecção e marginalizados socialmente”, os então chamados “grupos de risco” (Ministério da Saúde, 1990).

Durante o ano de 1989 elaborou-se o projeto, inicialmente voltado a profissionais do sexo, usuários de drogas e presidiários, a partir de uma série de reuniões com os representantes de cada segmento, envolvendo órgãos governamentais e diversas ONGs. Nessas reuniões foram discutidas as possíveis estratégias de atuação.

O objetivo principal era o treinamento de instrutores estaduais e municipais, por meio da elaboração de manuais de instrução, para lidar com os três segmentos priorizados, buscando alcançar todos os estados. Outro objetivo seria a produção de materiais informativos para a própria “clientela do projeto”, identificando-se e capacitando multiplicadores entre as populações-alvo. Ao mesmo tempo, seria feita a distribuição de preservativos masculinos (Ministério da Saúde, 1990).

Dois conjuntos de problemas foram apontados durante a execução do projeto: problemas burocrático-administrativos, relativo à falta de infra-estrutura (especialmente a financeira) para as capacitações nas diversas regiões do país, e divergências quanto à adequação dos materiais didáticos desenvolvidos.

As cartilhas destinadas a profissionais do sexo (prostitutas, travestis e garotos de programa), cuja confecção ficara a cargo de pessoas ligadas a ONGs, geraram apreensão no PN porque empregavam a linguagem e a cultura dos públicos-alvo. Do ponto de vista do PN, era preferível que fossem utilizadas informações e linguagem científicas. O impasse só foi desfeito a partir de um evento nacional organizado pela Rede Nacional de Profissionais do Sexo, quando o material foi validado e o PN assumiu o risco de publicá-lo (Ministério da Saúde, 2002c).

Em 1990, outros grupos vulneráveis passaram a integrar o projeto: garimpeiros da Amazônia Legal, homossexuais e crianças e adolescentes em situação social de risco

---

<sup>77</sup> Há poucos registros formais sobre o Projeto Previna, mesmo junto ao PN, o que dificultou a pesquisa de maiores detalhes das atividades desenvolvidas. As duas fontes para pesquisa foram Ministério da Saúde, 1990 e 2002c.

(meninos de rua), seguindo-se o mesmo esquema de atuação. Nessa etapa, sete unidades da Federação foram escolhidas para a implantação do projeto.<sup>78</sup>

Na conclusão do projeto, o documento-memória (Ministério da Saúde, 1990) esclarece que:

Como fator preponderante na estratégia, está a participação efetiva dos usuários, assim como de entidades e instituições envolvidas nas diversas áreas de atuação do projeto. Desta forma, deseja-se uma maior aproximação do público-alvo e a obtenção de resultados concretos [...] O Previna é, talvez, um pioneiro na real descentralização das ações de Saúde Pública e horizontalização do sistema vigente, onde governo e comunidade encontram-se num mesmo patamar de responsabilidade.

Aqui já podem ser percebidos alguns dos princípios que viriam a nortear a política pública de combate ao HIV/Aids, quais sejam:

- o reconhecimento da necessidade de ações específicas para grupos com maior exposição ao HIV/Aids e maior risco de infecção;
- a necessidade da participação e maior aproximação das populações trabalhadas pelo projeto e de organizações a elas ligadas, como condição básica para o alcance de resultados;
- o compartilhamento de responsabilidades entre governo e sociedade civil na elaboração e implantação dessas ações.

Os problemas apontados na implantação do projeto também mostram dificuldades no estabelecimento e na implantação da parceria:

- entraves burocráticos na disponibilização de recursos para a realização de atividades de capacitação e problemas logísticos;<sup>79</sup>
- dificuldades em implementar projetos de âmbito nacional, a partir de uma iniciativa centralizada no governo federal;
- poucos instrumentos objetivos de avaliação;
- divergências quanto à confecção dos materiais de apoio para o projeto em relação à linguagem utilizada: esta será de cunho mais burocrático, com informações científicas, ou adotará a linguagem própria do público a ser alcançado.

---

<sup>78</sup> Seis estados – Rio Grande do Sul, São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará, Bahia e Amazonas – e o Distrito Federal.

<sup>79</sup> O repasse de verbas se deu mediante contrato de prestação de serviços com a OPAS, figurando o PN como interveniente (Ministério da Saúde, 1990).

Os trabalhos de prevenção junto a populações mais vulneráveis podem ser considerados a primeira experiência mais formal de parceria entre o PN e ONGs na prestação de serviços, a partir da qual serão criadas, alguns anos depois, as bases de uma articulação com ONGs<sup>80</sup> e uma sistemática de apoio regular a projetos dessas organizações. O projeto parece também ser um marco inicial de uma maior interação entre Estado e ONGs na formulação e implementação conjuntas de uma política pública.

Como vimos no histórico da epidemia, a contribuição de ONGs se deu desde o início do PN, pela participação em comissões e grupos de estudo e na própria Comissão Nacional de Aids. No entanto, o projeto Previna parece ser a primeira experiência efetiva na qual os vários atores sociais juntaram esforços para produzir atividades e material de prevenção destinado especificamente a grupos mais vulneráveis. É nesse projeto, também, que haverá uma formalização, ainda que mínima, para a disponibilização de recursos específicos para o projeto:

A experiência de financiar projetos de ONG foi trazida para o governo, em grande parte, pela Aids. Antes do acordo de empréstimo o que se tinha era articulação política. A Aids era vinculada especialmente à prostituta, ao usuário de droga, aos homossexuais, era uma linha básica, e o programa veio tratar estratégias específicas da prevenção da Aids com esses segmentos. E para isso chamou ONGs que já vinham trabalhando, independentemente da Aids, com essa população – por exemplo, a Rede Brasileira de Profissionais do Sexo, associações de usuários de drogas, enfim, lideranças desses segmentos. O programa traz para seu campo de trabalho para discutir as estratégias. Aí se monta o projeto Previna, que é um marco nas intervenções governamentais. Além de traçar as estratégias nacionais para prevenção e assistência com os grupos mais vulneráveis na época, os “grupos de risco”, ele inicia ou viabiliza e fortalece essa articulação, essa entrada da ONG na esfera governamental.<sup>81</sup>

A gestora chama a atenção para alguns pontos importantes do Previna: a busca do PN por lideranças de grupos populacionais aos quais a Aids era fortemente vinculada, para a discussão de estratégias de atuação e, a partir disso, a entrada de um olhar diverso do olhar governamental para a construção dessas estratégias.

Outra lição importante trazida pelo Previna consistiu em tornar mais claras as diferentes agendas dos grupos marginalizados, à medida que esses grupos eram trabalhados e fortalecidos. Percebem-se especificidades e a necessidade de um trabalho mais individualizado:

---

<sup>80</sup> Aspecto ressaltado em entrevista por Vera Menezes, ago. 2005.

<sup>81</sup> Entrevista concedida por Lilia Rossi, nov. 2004.

Quando se fala das minorias ou dos grupos excluídos ou marginalizados, tendemos a seguir a referência da sociedade normatizada, questionando por que esses grupos estão à margem. Nivelamos tudo. Mas quando se começa a conversar, conhecer, e quando eles se sentem mais fortalecidos, você percebe que não dá para trabalhar junto. Usuários de drogas, profissionais do sexo, homossexuais, cada um tem a sua trajetória, a sua história e as suas questões próprias, difíceis de reunir. O Projeto Previna vai ser importante porque ele explicita isso, dá certa visibilidade a grupos que querem trabalhar com populações marginalizadas. Eles vão se configurando como grupos diferenciados, tanto que depois que termina o Previna, temos várias populações que passam a ter questões específicas e se constituem como grupos específicos.<sup>82</sup>

O Previna foi descontinuado durante o governo Collor e retomado a partir do início das negociações para o empréstimo junto ao Banco Mundial, já dentro da sistemática de concorrência de projetos de ONGs e de forma ampliada.

### **3.2 O papel do Banco Mundial**

É preciso refletir sobre a influência do Banco Mundial na relação entre governo e Organizações da Sociedade Civil dentro do projeto para controle das DST/HIV/Aids, a partir de um contexto de disponibilização de recursos para projetos na área de saúde. Quais as motivações do Banco Mundial na concessão desses empréstimos ao Programa de Aids brasileiro? Há possíveis relações entre o desenho do programa – a garantir alto grau de institucionalização de participação das ONGs e de seu acesso a recursos desses empréstimos – e as diretrizes do Banco?

Há tempos, a Aids passou a ocupar uma parte importante na agenda do Banco. À época da concessão do primeiro empréstimo ao Brasil, já se situava como “maior fonte isolada de financiamento externo para a prevenção e o controle da Aids” (Sven Sandström, diretor administrativo do Banco Mundial em 1994, citado por Mattos et al., 2001) nos países em desenvolvimento. Essa posição insere-se em uma estratégia mais ampla que foi levando o Banco a dar cada vez mais importância à área da saúde no âmbito de seus projetos.

Já em 1987, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu seu Programa Global de Aids (GPA), o contexto internacional colocava a criação de programas nacionais de Aids como uma das principais estratégias para o enfrentamento da epidemia de

---

<sup>82</sup> Entrevista concedida por Cristina Câmara, jul. 2005.

HIV/Aids (Mann & Tarantola, 1996; Scotto & Soares, 2000).<sup>83</sup> Tendo inicialmente participado pouco nas conferências internacionais de Aids nos anos 80, o Banco intensifica sua participação nos anos 90, enviando funcionários a seminários e conferências, publicando textos e fornecendo empréstimos. Especificamente no Brasil, o Banco Mundial já vinha financiando diversos projetos na área da saúde.<sup>84</sup>

O Banco Mundial é uma instituição que foi teoricamente criada para ser um BNDES do mundo, e que já tinha com o Brasil uma série de projetos, inclusive na área da saúde. Naquela época havia o projeto Nordeste, havia um outro chamado Grandes Endemias, e já tínhamos uma pequena experiência de trabalho com os recursos do banco. Nesse projeto Nordeste havia um pequeno capítulo sobre Aids. Começamos a usar recursos do Projeto Nordeste, que era projeto do Banco Mundial, antes até de pensar numa negociação em um projeto próprio. Já existia, assim, um precedente tanto na instituição como no próprio banco. E a cada ano as missões do banco fazem uma rediscussão com as diversas instituições nacionais para verificar onde será nossa próxima parceria.<sup>85</sup>

Segundo Mattos et al. (2001), as críticas vindas de diversos atores sociais – com destaque para as ONGs – às instituições de Bretton Woods (FMI e Banco Mundial) e suas políticas de ajuste para países em desenvolvimento, e que se intensificam desde os anos 80, foram provocando uma busca de reconstrução da imagem institucional do Banco, também preocupado com a manutenção de sua sobrevivência e de sua utilidade perante a nova conjuntura internacional.

Uma dessas formas consistiu justamente na busca de novas áreas para a concessão de empréstimos, tendo em vista o aumento de oferta de capital e de investimentos privados em áreas já tradicionalmente atendidas pelo Banco, notadamente a de infra-estrutura e de ajustes macroeconômicos. O combate à pobreza<sup>86</sup> – alçado a principal objetivo do Banco – é apontado como um desses exemplos, uma vez que consegue criar novas oportunidades de empréstimo (Mattos et al., 2001).

---

<sup>83</sup> Logo após, em 1988, como já ressaltado no capítulo anterior, o PN se constitui como unidade formal dentro do Ministério da Saúde, contando naquela época com ajuda internacional da OPAS, que financiara as primeiras ações estatais já em 1987 (Teixeira, 1997).

<sup>84</sup> Scotto e Soares (2000) elencam alguns desses projetos, entendendo-os como antecessores do Aids I: Primeiro Programa de Saúde de Rondônia (1981), Programa de Aids de São Paulo (1983), Saúde básica no Nordeste I e II (1986), Projeto de controle de mortes endêmicas no Nordeste (1989) e Projeto de controle da malária na Bacia Amazônica (1989).

<sup>85</sup> Entrevista concedida por Paulo Teixeira, maio 2005.

<sup>86</sup> Ou o que pode ser chamado, segundo Mattos et al. (2001), de “o novo paradigma do desenvolvimento”, o “desenvolvimento abrangente”, que passa a considerar enormemente a importância das políticas sociais, ainda que não contrarie a disciplina das políticas econômicas demandadas pelo mercado. Da mesma forma, o Banco Mundial sempre relacionou a epidemia de HIV/Aids como um problema que ultrapassava o âmbito da saúde, considerando-o uma questão relacionada diretamente ao desenvolvimento (Mattos et al., 2001).

Com a pressão, os organismos multilaterais, além de refletirem interesses de grandes capitais internacionais sobre políticas macroeconômicas e setoriais dos países em desenvolvimento, passaram ao longo dos anos a também exercer influência, motivados pela agenda desses novos atores sociais, como por exemplo o movimento ambientalista mundial e outras articulações do que Soares (1998) chamou de “sociedade civil mundial”. A busca por essa nova imagem institucional, mesmo sob ameaça de cortes no orçamento pelo Congresso Americano, leva o Banco a incorporar progressivamente novas diretrizes – impacto ambiental, participação e acesso à informação, entre outras (Soares, 1998).

O resultado se reflete na busca por um novo diálogo com vários de seus opositores e na introdução de uma nova dinâmica junto a governos e organizações da sociedade civil envolvidas no acompanhamento e/ou implementação de projetos por ele financiados (Soares, 1998).

Essa mudança de estratégia do Banco pode ser percebida em documentos por ele publicados. Na introdução do livro de Garrison (2000), o então diretor do BIRD para o Brasil ressalta “o elevado grau de projetos financiados pelo Banco Mundial no Brasil que são canalizados à sociedade civil, mediante fundos de pequenos projetos administrados pelo governo em áreas temáticas como meio ambiente, saúde e pobreza rural”. Também conclui, com bases em experiências bem sucedidas de parceria que “políticas e estratégias de participação da sociedade civil contribuem para o melhor desempenho de projetos de desenvolvimento” e “potencializam seus impactos sociais”.

Ressalta a crescente importância da colaboração “operacional” das ONGs, o que se deve à expansão de sua influência e de seu papel no mundo, bem como ao reconhecimento, pelo próprio Banco, de benefícios específicos trazidos por sua atuação. Se entre 1973 e 1988 apenas seis por cento dos projetos financiados pelo Banco envolviam ONGs, em 1994 essa fatia havia crescido para cinquenta por cento (TheWorld Bank, 1995).

Parece, também, que o maior enfoque na participação de organizações da sociedade civil denota uma aposta do Banco na capacidade de controle social destas junto aos governos. Se, como mostra Mattos et al. (2000), o Banco evoluiu sua estratégia para ampliar a ação de convencimento sempre que governos se mostrassem reticentes em cumprir suas recomendações, tais organizações poderiam auxiliar nesse processo de negociação e posteriormente, no monitoramento do cumprimento do acordo.

Tal diretriz parece confirmar o contexto de crescimento da importância das ONGs no cenário mundial, reflexo direto de sua atuação, especialmente em países em desenvolvimento,

onde as agências internacionais têm dado preferência às ONGs na alocação de seus recursos (Caccia Bava apud Morales, 1999).<sup>87</sup>

No Brasil, diversas ONGs montaram a Rede Brasil, para acompanhar e fiscalizar investimentos de organismos multilaterais, e também refletiram sobre a atuação do Banco Mundial:

vale destacar que o Banco, na década de 90, buscou ativamente se aproximar das ONGs, seus mais ardorosos críticos. De um lado, buscou ampliar os canais [...] De outro, buscou, sempre que possível, financiar governos e incentivar que estes financiassem a ação das ONGs. Alguém poderia facilmente ver nesses movimentos uma estratégia de cooptação. Mas, sem dúvida, eles permitiram que, pelo menos retoricamente, o discurso do Banco passasse a incluir várias das reivindicações dos movimentos sociais organizados. (Mattos et al., 2001:11)

Para Soares e Lerroy (1998), essas organizações reconheceram<sup>88</sup> que as mudanças em algumas diretrizes dos bancos multilaterais refletiam um longo processo de luta no sentido de torná-los mais permeáveis, transparentes e democráticos, e que não considerar tais ganhos, mesmo parciais, seria desperdiçar uma oportunidade para melhorar a aplicação dos recursos disponíveis para o país.

A partir desse contexto geral, o caso específico do programa brasileiro de combate ao HIV/Aids parece ser um exemplo bem sucedido de resultados concretos obtidos por uma articulação intersetorial (governo, Banco Mundial e sociedade civil organizada) que foi capaz de focalizar suas ações por meio de programas e projetos específicos – em vez de se deter em debates estéreis sobre grandes questões conceituais – e estabelecer e operacionalizar mecanismos formais de diálogo e cooperação operacional (Garrison, 2000).<sup>89</sup>

A Aids já surge como uma pandemia, portanto como uma questão global, internacional. E esse diálogo com o Banco Mundial é bastante importante porque, por mais que a gente critique e diga que o empréstimo do Banco Mundial engorda a nossa dívida externa e tem vários problemas, ele coloca o Brasil numa agenda internacional

---

<sup>87</sup> Especificamente na luta contra a epidemia de Aids, algumas “diretrizes” internacionais dão suporte a esse entendimento. A 42ª Assembléia da Organização Mundial de Saúde, em documento de 1989, já havia reconhecido a importância das ações desenvolvidas pelas ONGs. Da mesma forma, entre 1990 e 1992, o Programa Global de Aids havia estabelecido um programa de apoio a projetos implementados por ONGs (Ministério da Saúde, 2003a; Galvão, 2000).

<sup>88</sup> A pesquisa de Garrison (2000) por meio de grupos focais com cerca de 85 representantes de diversas entidades do terceiro setor mostrou haver uma imagem negativa do Banco, ligada a grandes projetos de infra-estrutura que pareciam não trazer benefícios à população local. Mas mostra também uma percepção de que o Banco vem adotando políticas positivas de desenvolvimento social.

<sup>89</sup> Os empréstimos concedidos ao Brasil estão entre os maiores do Banco na área de controle do HIV/Aids em todo o mundo.

e acompanha um determinado nível de discussão que até pouco tempo atrás seguia uma outra linha, ou que era um pouco mais distante.<sup>90</sup>

No entanto, a opção deliberada do Banco pelas ONGs, ao menos no caso da Aids, parece também refletir uma racionalidade econômica do melhor custo-benefício. Segundo Galvão (2000), a lógica do Banco estaria calcada em duas estratégias: valorização da prevenção – em detrimento de gastos em assistência e tratamento – e envolvimento das ONGs, vistas como mais eficientes para atingir populações mais pobres e estigmatizadas, através, justamente, de ações de prevenção. Não se trata apenas de uma valorização e reconhecimento do trabalho de ONGs, mas há uma lógica econômica que se soma a esta visão.

Coincidência ou não, a experiência brasileira no controle às DST/Aids tornou-se um “*case* de sucesso”, entre os projetos apoiados pelo Banco Mundial.<sup>91</sup> Alguns dos aspectos dessa interação serão descritos no próximo tópico.

### **3.3 Características do Aids I e processo de negociação do Acordo de Empréstimo**

Os objetivos gerais do Aids I consistiam em reduzir a incidência e a transmissão de DSTs e do HIV/Aids e fortalecer instituições públicas e privadas que trabalhavam com essa temática. Seus objetivos específicos consistiam em desenvolver um leque de instituições que fossem capazes de criar uma estrutura mínima de ações de prevenção, formar profissionais de saúde que pudessem fornecer os serviços e tratamentos necessários às pessoas com HIV/Aids, instalar um sistema de vigilância epidemiológica da Aids e outras doenças correlatas e sustentar investimentos em ações nos níveis estadual e municipal (The World Bank, 2004).

Os componentes do Aids I eram três:

I) Prevenção, visando reduzir as taxas de prevalência e infecção do HIV e outras DSTs.

---

<sup>90</sup> Entrevista concedida por Cristina Câmara, jul. 2005.

<sup>91</sup> Apesar de o país ter adotado firmemente posições divergentes às do Banco no tocante à focalização de gastos de recursos em atividades de prevenção, em detrimento das atividades de assistência e de acesso a medicamentos, o que mostrou sua capacidade de priorizar os princípios do SUS acima das recomendações do Banco Mundial, baseadas em uma lógica predominantemente econômica. Na visão do Banco, gastos com assistência aos pacientes com Aids não têm boa relação custo-benefício, e caso fossem aplicados de outra forma trariam maior impacto sobre a saúde (Mattos et al., 2001). Tal visão se choca frontalmente com o princípio constitucional de saúde integral para todos, pilar de todo o SUS.



- II) Serviços (diagnóstico, tratamento e assistência) visando instalar centros de assistência às DST e à Aids e prestar apoio às pessoas infectadas pelo HIV.
- III) Desenvolvimento institucional, visando reforçar as diversas instituições responsáveis por ações em DST/AIDS. (Ministério da Saúde, s.d. a)

Acrescente-se também o componente de vigilância epidemiológica.

Para atingir esses objetivos, previa-se a transferência de recursos para os níveis federal, estadual e municipal – para que essas instâncias implementassem seus planos de ações anuais – e, por fim, às ONGs, para que desenvolvessem projetos nas áreas de prevenção, assistência e direitos humanos (The World Bank, 2004).

O Aids I previa a atuação das três esferas governamentais, e conferia a possibilidade de atuação da “sociedade civil” ao âmbito nacional, podendo as organizações de todo o país enviar propostas para participação nas concorrências que então seriam implantadas. Sob a expressão “entidades da sociedade civil”, um vasto leque de organizações poderiam se candidatar: grupos de base comunitária, sindicatos, universidades, hospitais, fundações universitárias e entidades de planejamento familiar, o que revela um conceito bastante amplo de sociedade civil.<sup>92</sup> O Projeto constitui-se, portanto, com base em um tripé de atores sociais (Galvão, 1998, 2000): PN, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e a sociedade civil, englobando os diversos atores aqui descritos.

Não havia uma linha ou um componente específico destinado à ONGs. Suas ações poderiam ser inseridas nos vários componentes, juntamente com ações de outros atores. Em linhas gerais, era possível incluir ações em três dos quatro componentes principais do projeto: Prevenção, Serviços de Tratamento e Desenvolvimento Institucional. A exceção referia-se ao componente de Vigilância Epidemiológica (Galvão, 1998).

Das linhas gerais do projeto, pode-se ressaltar que as ONGs ocupam um mesmo patamar, enquanto entidades executoras do projeto, juntamente a estados, municípios, e demais organizações, como por exemplo as universidades e outros órgãos públicos federais.

Alguns entrevistados ressaltaram aspectos da negociação do acordo de empréstimo:

É impossível dizer se foi o Brasil que decidiu, “vamos fazer um projeto para Aids”, ou se foi o próprio Banco. Estava na lista do que o banco considerava que deveria ser

---

<sup>92</sup> Conceito este que parece estar de acordo com a definição de ONG contida em uma das publicações do Banco Mundial (The World Bank, 1995:13): “*private organizations that pursue activities to relieve suffering, promote the interests of the poor, protect the environment, provide basic social services, or undertake community development. In wider usage, the term NGO can be applied to any non-profit organization which is independent from government*”.

financiado. Até a época, o Banco só tinha feito um financiamento em Aids para a Índia, e pretendia exatamente que o Brasil fosse um laboratório. “Será que vale a pena? Será que vamos ter impacto?”, perguntava-se, com base numa certa competência já existente no Brasil na implementação dos projetos. É impossível responder. Foi um consenso das negociações habituais. A missão do Banco chegou num determinado momento, discutiram, identificaram uma pauta de pontos de cooperação, o gabinete do ministro nos informou: “existe essa possibilidade, gostaria que o programa de Aids analisasse”.<sup>93</sup>

O acordo foi pessoalmente negociado pelo ministro Adib Jatene, que considerava o problema de Aids relevante do ponto de vista de saúde pública, mas não via recursos no Ministério da Saúde suficientes para enfrentar o problema na dimensão necessária. À frente da Coordenação Nacional à época estava a doutora Lair Guerra, que liderou esse processo, contratando um grupo de consultores responsáveis por escrever o primeiro documento que serviria para o Banco avaliar o interesse no empréstimo. O Banco avaliou o possível impacto econômico da epidemia no Brasil e aceitou o acordo, que foi um dos primeiros dessa natureza, para o Banco Mundial.<sup>94</sup>

A partir desse contexto geral das negociações, quatro aspectos devem ser mencionados:

- a) Participação de representantes de ONGs na elaboração do projeto submetido ao Banco Mundial: a participação das ONGs se deu desde a elaboração do Projeto, quando então se estabeleceu uma colaboração reforçada e houve a superação de rivalidades tradicionais. Superou-se, assim, a forte polarização entre governo e ONGs, observada na fase anterior (Parker, 2003).

Conforme Galvão (1998), pelo menos três dos quase vinte consultores contratados para a redação do Aids I eram de ONGs. Foram responsáveis por escrever capítulos como “Aids e Local de Trabalho”, “Avaliação e Pesquisa” e “Organizações Não-Governamentais Brasileiras”. Ou seja, o PN contou naquele momento com o olhar de pessoas ligadas às ONGs para a elaboração da proposta de empréstimo, com contribuições em importantes capítulos:

A própria negociação do primeiro empréstimo já foi feita chamando gente da sociedade civil, e a mesa de negociação já se abriu com esta perspectiva: “vamos trazer quem pode contribuir”. Claro que isso depois foi marcando toda a história da resposta brasileira. Já começou com uma bandeira muito forte de direitos humanos e de combate à discriminação e ao preconceito que a doença trazia.<sup>95</sup>

No projeto do Banco Mundial há o componente sobre Aids no local de trabalho – e quem escreveu foi uma pessoa da ABIA, a partir da experiência deles em programas

---

<sup>93</sup> Entrevista concedida por Paulo Teixeira, maio 2005.

<sup>94</sup> Entrevista concedida por Fábio Mesquita, jun. 2005.

<sup>95</sup> Entrevista concedida por Karen Bruck, jun. 2005.

nessa área. Havia outro componente sobre drogas, também escrito por alguém ligado a uma ONG. Eram pessoas da ONG ou médicos, sanitaristas ou profissionais de saúde que estavam trabalhando com a Aids.<sup>96</sup>

No entanto, é importante destacar que segundo alguns entrevistados, a noção de institucionalidade das ONGs/Aids ainda não era tão clara naquele momento, havendo uma linha indefinida sobre a participação de consultores: deveria seguir um caráter mais pessoal ou mais institucional, enquanto “representação” das organizações?

Não caracterizávamos as ONG efetivamente, nos moldes que temos hoje em dia, porque era começo de epidemia, a reação à Aids ainda estava se formando, se fortalecendo. No primeiro acordo de empréstimo, Richard Parker, Jane Galvão e Nelson Solano, pessoas que na época estavam pensando ou já atuando na epidemia, foram chamados para construir o projeto em si. Não havia a perspectiva de ONG que temos agora. Mas eram pessoas ou ligadas à sociedade civil ou que estavam atuando como lideranças no combate à epidemia.<sup>97</sup>

Os consultores foram contratados em caráter pessoal. Mas evidentemente eu queria o *background*, queria que eles traduzissem a expectativa da comunidade, então legalmente era uma contratação pessoal. Mas, como eram pessoas reconhecidas, pode-se dizer que houve uma certa representatividade no movimento comunitário naquela época.<sup>98</sup>

Percebe-se portanto, um modelo de participação ainda inicial, não-institucionalizado, sem uma distinção muito clara entre a participação em nível pessoal e uma participação representativa e mais institucionalizada de um “setor”.

Os entrevistados não mencionam a inclusão da CNAIDS – criada em 1986 e composta, entre outros, por representantes da sociedade civil – enquanto instância de negociação e pactuação. A não-menção parece se justificar, uma vez que, segundo Spink (Ministério da Saúde, 2003a), o primeiro período de crise de identidade dessa Comissão se dá justamente na época da discussão do acordo de empréstimo.

Das cinco reuniões realizadas entre 1992 e 1993, o projeto do Banco Mundial foi discutido em quatro delas, e, pelo relato de Spink, as discussões foram de caráter mais informativo e de apresentação do projeto. Não houve nenhuma deliberação da CNAIDS<sup>99</sup> sobre o acordo de empréstimo, o que, segundo a autora, contrariou o seu caráter pró-ativo exercido até então. Pelo disposto nas atas de reunião, instala-se um conflito sobre as funções

---

<sup>96</sup> Entrevista concedida por Cristina Câmara, jul. 2005.

<sup>97</sup> Entrevista concedida por Lília Rossi, nov. 2004.

<sup>98</sup> Entrevista concedida por Paulo Teixeira, maio 2005.

<sup>99</sup> No entanto, alguns dos consultores que ajudaram na elaboração do projeto do Banco Mundial eram também conselheiros da CNAIDS.

da CNAIDS, em face da fala do assessor da diretoria do PN de que a CNAIDS não faria parte do projeto do Banco Mundial, mas seria um órgão assessor do PN.

A tendência ao longo dos anos será a de institucionalização progressiva da participação das ONGs nas discussões sobre os acordos de empréstimos posteriores, a saber, a própria CNAIDS, a Comissão de Assessoramento dos Movimentos Sociais (CAMS) e outros comitês e comissões assessores do PN, e também a partir da realização de grandes seminários.<sup>100</sup>

**b)** Busca de apoio de outros atores sociais importantes na luta contra a Aids: tal participação pareceu refletir uma busca de apoio do gestor governamental junto a outros atores sociais, entendidos naquele contexto como essenciais para a viabilização dessa iniciativa e o posterior desenvolvimento das ações. Parece haver, portanto, um reconhecimento do gestor da impossibilidade de que o Estado, na figura do governo federal, conseguisse realizar as ações que se faziam necessárias.

Nessa busca de apoio, pode-se identificar também o reconhecimento do mérito de um trabalho que vinha sendo realizado pelas ONGs desde o início da epidemia e que deveria ser considerado. Ou seja, não se estava partindo de um “ponto zero” na formulação da política. Havia efetivamente outros atores sociais com *know-how* apropriado e que poderiam contribuir nesse “mutirão”, após o período de descontinuidade governamental.

Evidentemente, não foi só a questão de ter o dinheiro. Em 92 a situação era crítica. Tinha acabado de sair o governo Collor, a epidemia se difundia com intensidade, havia uma desarticulação importante no âmbito governamental, nós estávamos retomando a direção do programa de Aids. A partir do projeto do Banco Mundial somos levados a estabelecer as bases da parceria para as diversas cooperações com a sociedade civil geral, porque naquela época também já víamos que era necessária a normalização das parcerias com as universidades, das parcerias com outras secretarias etc. E o Banco Mundial ofereceu essa oportunidade, ele não cobria e nem excluía

---

<sup>100</sup> A menção à CNAIDS tem por objetivo mostrar aspectos da participação das ONGs no momento do primeiro acordo de empréstimo. No entanto, vale ressaltar que o presente trabalho não está analisando a questão da efetividade do controle social das ONGs, seja este institucionalizado (como no caso da CNAIDS) ou não. Feita essa ressalva, vale também pontuar que o trabalho de Spink mostra claramente uma tensão entre as decisões tomadas pelos gestores do PN e a forma e o momento em que elas são colocadas para apreciação da CNAIDS. Em alguns momentos a autora questiona a real utilidade e efetividade da Comissão na definição de grandes diretrizes e políticas, sob a impressão de que estas não chegavam à Comissão e já eram operacionalizadas previamente pelos gestores do PN (Ministério da Saúde, 2003a:20-2). Outra conclusão a que se chega pelo relato indica que da institucionalização das discussões não decorreu necessariamente a existência de efetiva participação e/ou monitoramento da contratação dos acordos de empréstimo.

outras possibilidades de cooperação, mas indiscutivelmente era uma arma e foi uma arma extremamente importante do ponto de vista estratégico.<sup>101</sup>

O programa de Aids no Brasil é o único que tem essa característica, e acho que é um diferencial no mundo até. Ele vem de uma pressão social ou de uma demanda da sociedade, com a própria sociedade trazendo propostas para a solução. O movimento surgiu com as primeiras pessoas infectadas, até por terem sido pessoas de um nível sócio-cultural elevado, pessoas que não faziam só “crítica pela crítica”. Havia proposta do que fazer, e nessa proposta a sociedade também começou a se organizar para dar resposta. Também não foi só uma resposta governamental, eram respostas que tinham que se somar. Em algum momento o governo teve a possibilidade de obter recursos, e o movimento social tinha uma ação já consagrada. Assim se estabeleceu a parceria.<sup>102</sup>

A opção [pela política de parcerias com ONGs] foi baseada em pessoas que conduziam o Programa Nacional (equipe da Dra. Lair) e foi apoiada pelos ministros Jatene e depois Jamil Haddad. Não chegou a ser exatamente uma decisão de política de Estado, visto que em outras áreas esta não era a prática. A opção estava baseada no fato de que as ONGs tinham um papel complementar ao que o Estado brasileiro estava em condições de prover naquele momento, na construção da resposta à epidemia [...] Vale ressaltar que o SUS também estava em construção. Portanto, embora hipoteticamente o Estado fosse capaz de realizar tudo, isso de fato não aconteceu assim, e talvez não houvesse como acontecer, já que o próprio aparelho de Estado no setor encontrava-se em desenvolvimento.<sup>103</sup>

A fala de dois entrevistados põe em destaque o papel da então diretora do PN, a qual teria percebido a necessidade e ao mesmo tempo a inevitabilidade do diálogo junto às ONGs. Tal inevitabilidade dizia respeito a um período anterior, no qual houve menor escuta da sociedade civil:

A dra. Lair Guerra fora muito criticada na primeira gestão porque era autoritária, por ouvir pouco a sociedade civil. Então, não só por uma inteligência política, mas eu acho que pela experiência passada, ela começou a agregar pessoas de ONGs que poderiam contribuir com o desenho desse projeto. Houve certa valorização e começou essa coisa intrincada do diálogo entre governo e sociedade civil, pelo fato de a Aids ser o desconhecido. A crise era enorme e as pessoas morriam constantemente, umas atrás das outras e muito rapidamente. Também havia uma pressão sobre o governo, não só dos grupos organizados, mas às vezes de um indivíduo vivendo o drama da Aids e que pressionava o governo de alguma maneira. Ao mesmo tempo em que demonstrava uma inteligência política, era também um beco sem saída e uma necessidade de haver um mutirão para responder à questão da Aids.<sup>104</sup>

A reestruturação do programa já tinha claro que haveria uma participação efetiva dessas organizações na política nacional de combate ao HIV/Aids. Mesmo porque a cisão que havia entre a sociedade civil e governo durante o governo Collor foi o que motivou a mudança do próprio programa. Era muito intensa a crítica. A Lair Guerra já tinha sido diretora anteriormente e aquela não tinha sido uma gestão de relações

---

<sup>101</sup> Entrevista concedida por Paulo Teixeira, maio 2005.

<sup>102</sup> Entrevista concedida por Moisés Taglietta, nov. 2004.

<sup>103</sup> Entrevista concedida por Fábio Mesquita, jul. 2005.

<sup>104</sup> Entrevista concedida por Cristina Câmara, jul. 2005.

tranquílas com a sociedade civil. Já se tinha claro, quando ela retornou, que era necessário reestruturar essa área.<sup>105</sup>

O governo brasileiro sempre teve, desde o início, a clareza de que sozinho não poderia conter a epidemia. A inclusão da sociedade civil era quase óbvia; não havia o que discutir. Se não houvesse a mobilização, não haveria como conter a epidemia. Isto sempre foi muito claro.<sup>106</sup>

A busca por maior colaboração mostra, portanto, um novo padrão de relacionamento entre Estado e ONGs, que, a partir da negociação do empréstimo, iria incentivar e incrementar formas diferenciadas de cooperação, desde a formalização de convênios para apoio a atividades de ONGs, prestação de consultorias pontuais para o PN e participação em comissões e comitês diversos, até a participação no próprio *staff* do PN (Galvão, 2000).

Especificamente no tocante às ONGs, a busca por apoio se refletiu também na criação de uma unidade interna do PN para articulação com ONGs (Galvão, 2000),<sup>107</sup> que trabalhava com o objetivo de fortalecer e incrementar a participação das ONGs na política nacional de combate ao HIV/Aids e se tornou efetivamente o órgão administrativo interno que viabilizava tal objetivo.

c) Limitação orçamentária e vantagens operacionais na gestão dos recursos: o acordo com o Banco Mundial permitiu um “duplo” montante adicional de recursos, tanto em relação ao próprio dinheiro do empréstimo como à garantia da contrapartida do governo federal, recurso este que de certa maneira escapa às incertezas da gestão orçamentária, uma vez que há disposições contratuais que garantem sua “disponibilização”. Além disso, a gestão dos recursos do empréstimo se baseava em regras menos rígidas e mais ágeis do próprio Banco Mundial.

Nós já sabíamos da adicionalidade que o dinheiro podia representar. Havia dinheiro específico para Aids, o orçamento não era tão limitado, mas a transformação do orçamento em recurso é um processo sujeito a chuvas e trovoadas e que varia de acordo com a prioridade política desse ou daquele governo. Significava, também, uma alavanca para a mobilização de recursos nacionais, porque o empréstimo previa contraparte em dinheiro. Sabíamos, também, das possibilidades administrativas e gerenciais que um projeto com o Banco Mundial oferecia; muito mais agilidade, muito

---

<sup>105</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro, maio 2005.

<sup>106</sup> Entrevista concedida por Vera Menezes, ago. 2005.

<sup>107</sup> A atual SCDH (antes denominada Setor/Unidade de Articulação com ONG) foi criada em 1993 “com o objetivo de fortalecer as organizações não-governamentais que lidam com as DST/Aids no país, em consonância com as principais linhas de intervenção definidas pela Unidade de Prevenção da Coordenação Nacional”. Além disso, busca “potencializar as ações da sociedade civil organizada, dando transparência e ressonância social aos esforços comunitários na luta contra a epidemia pelo HIV/Aids” (Ministério da Saúde, 1998b:4).

mais liberdade de ação, coisa que fica muito longe das possibilidades do sistema normal de execução orçamentária.<sup>108</sup>

- d) Diretriz do Banco Mundial para que o governo considerasse as ONGs como efetivas parceiras no desenho e na efetivação da política pública de Aids, a ser implementada com recursos do empréstimo: a maioria dos entrevistados mencionou a existência dessa diretriz por parte do Banco, mesmo antes de um processo mais formal de negociação.

Mas, ao mesmo tempo, ressaltam que essa diretriz também existia por parte do Governo Brasileiro, dado o histórico da epidemia no país, as ações bem sucedidas já implantadas por ONGs e o contexto das negociações e da formulação da proposta de empréstimo que fora apresentada ao Banco. Portanto, conclui-se que, em termos gerais, havia consenso quanto a essa diretriz. As divergências refletiam-se mais sobre a visão que os dois atores tinham do universo das ONGs:

Isso era claro na negociação por parte dos profissionais do Banco. Agora, havia uma premissa ou um paradigma diferente. Nós também chegamos a essa conclusão. Eu fui lá exatamente para criar um núcleo de articulação com as ONGs. Havia esse movimento dentro do Ministério – a missão veio com essa idéia de que era indispensável envolver as ONGs na implementação do projeto. Quando fomos traduzir isso em medidas, tivemos certo conflito com o Banco, pois as premissas eram um pouco distintas. O que eles pensavam como ONG? A Usaid, Population Council, a BEMFAM, o organismo de cooperação dos Estados Unidos... A garantia de que seriam as ONGs de base comunitária foi uma imposição nacional.<sup>109</sup>

À época em que a missão do Banco Mundial veio ao país, eu não estava no governo – eu estava na sociedade civil. E essa missão foi também à sociedade civil, para dizer que, na perspectiva de um acordo perante o Banco Mundial, teria que estar incluída a participação da sociedade civil. Isso para mim de grande importância. Não havia acordo ainda, e de repente a sociedade civil recebe a missão do Banco para fazer perguntas, e ele diz que era uma condicionante.<sup>110</sup>

Não havia conhecimento suficiente nem pessoas que pudessem dar conta de tudo. O que o Banco não imaginava e acho que ninguém imaginou, foi a dimensão que isso tomaria no Brasil. Em pouquíssimo tempo tínhamos 400, 500 organizações muito ativas, trabalhando as questões de política pública, em muitos casos com uma gestão financeira dessa parceria muito melhor que a dos estados e municípios, infinitamente melhor. O acordo dava uma parte para estados e municípios e uma parte para as ONGs, e o que ficou claro é que as ONGs responderam rapidamente e souberam fazer uma melhor gestão do projeto, muito melhor do que os estados e municípios.<sup>111</sup>

---

<sup>108</sup> Entrevista concedida por Paulo Teixeira, maio 2005.

<sup>109</sup> Entrevista concedida por Paulo Teixeira, maio 2005.

<sup>110</sup> Entrevista concedida por Raldo Bonifácio, jun. 2005.

<sup>111</sup> Entrevista concedida por Karen Bruck, jun. 2005.

São ressaltadas duas diretrizes básicas pelas quais a inclusão das ONGs é pensada e discutida entre Banco Mundial e governo brasileiro: execução de componentes dessa política, a partir do apoio a projetos mediante concorrência, e exercício do controle social na implantação e gestão do empréstimo. Isso coaduna com a reflexão do tópico anterior, quando mencionamos algumas das mudanças de estratégia do Banco Mundial – ele passa a desenvolver maior interlocução com organizações da sociedade civil e a considerá-las parceiras efetivas na fiscalização dos projetos por ele apoiados nos diversos países:

Acho que o principal foco do acordo de empréstimo em 94 é, por meio de concorrência pública, apoiar projetos de organização não-governamental, em prevenção, assistência etc. Mas também – e isso não está refletido diretamente nas diretrizes do acordo de empréstimo – é promover uma participação mais efetiva em políticas de controle e participação social, por meio dos comitês, da discussão e da formulação de políticas, o maior ganho que se tem em relação à participação da sociedade civil. Essa demanda não é colocada na época somente pela própria estruturação do programa, mas também é uma exigência do Banco Mundial. O Banco já trabalha com uma diretriz de projetos sociais que garantiu o envolvimento da sociedade civil, tanto que foram pedidos estudos para avaliar qual seria a aceitabilidade do projeto pela sociedade civil. Houve uma sinergia da diretriz do Banco com a estrutura do programa. A participação da sociedade civil seria para ampliar respostas, dar maior transparência ao processo de execução do acordo de empréstimo e garantir maior controle. Essa é a lógica do Banco, não sei se tão bem impressa naquele momento, mas é a lógica com a qual o Banco vem trabalhando.<sup>112</sup>

Por um lado a gente reclama, tem críticas com relação a essa dependência do empréstimo; por outro lado, inegavelmente o Banco Mundial traz um nível de interlocução e discussões que estão sendo feitas no âmbito internacional e referidas pelos países desenvolvidos. Eu acho que há um incentivo, sim, para que se envolva a sociedade civil.<sup>113</sup>

Essa diretriz pode também ser percebida nos documentos do Banco Mundial sobre o Aids I. Em vários trechos do *Staff Appraisal Report* se destaca a participação das ONGs na implementação das atividades e a possibilidade de fortalecimento do trabalho que já desenvolvem – portanto, considerando um *know-how* anterior – a partir da disponibilização desses recursos (Galvão, 1998).

No entanto, ressalte-se novamente que a ênfase do Banco Mundial no apoio às ONGs também revela sua lógica racional da busca de melhor relação custo-benefício nas ações de combate à epidemia, dando ênfase, portanto, às ações de prevenção e negando o uso de recursos do empréstimo para a compra de medicamentos para pessoas vivendo com

---

<sup>112</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro, maio 2005.

<sup>113</sup> Entrevista concedida por Cristina Câmara, jul. 2005.



HIV/Aids:<sup>114</sup> “todos os esforços devem ter, como prioridade, a prevenção, e as ONGs são sobretudo vistas na sua possibilidade de prestar serviços à comunidade” (Galvão, 2000:137).

Fica clara, portanto, a ênfase na participação de Organizações da Sociedade Civil em diversas atividades previstas para o projeto do Banco Mundial. Refletimos a seguir sobre as motivações para tal fato:

### **3.4 Conhecimentos prévios sobre a epidemia, ação consolidada e inovações**

Como vimos, ao ressaltarmos os aspectos da negociação do Aids I já é possível visualizar algumas das motivações que envolvem a política de parcerias entre o governo federal e as ONGs: havia um trabalho consolidado por diversas organizações desde os primeiros casos da doença e um acúmulo de conhecimento e inovações que iam além das questões puramente clínicas. Essas organizações também desempenhavam um papel de pressão por ações governamentais que pudessem dar conta das questões trazidas pela epidemia.

Assim, um primeiro argumento trazido de forma bem clara pelos gestores, a justificar a parceria, diz respeito à constatação da necessidade de trazer esse conjunto de ações para dentro da política federal que passava por um momento de reestruturação – a partir das negociações com o Banco Mundial. Parece haver, assim, a decisão do gestor federal de consolidar e institucionalizar esse trabalho dentro da política federal:

As diretrizes para se trabalhar com Aids na sua plenitude, desde o momento em que se constatou que não era uma questão só médica, encaram a saúde vista de uma maneira muitíssimo ampla, ou seja, a necessidade de outros atores, e eu acho que quem apontou isso foi a sociedade civil para o Ministério da Saúde. E ele incorporou pela parcerização [...] A resposta mais imediata da experiência da sociedade civil fez que o Ministério adotasse essa parceria. Uma parceria necessária.<sup>115</sup>

As ONGs eram fundamentais, elas sempre forçaram o Estado a aceitar o trabalho. Elas inibiram a exclusão. Porque os governos poderiam optar ou não por trabalhar em Aids. Com o movimento organizado, ele foi obrigado a trabalhar e cada vez mais se aprimorar para uma resposta mais positiva e de maior qualidade.<sup>116</sup>

---

<sup>114</sup> Os recursos para compra de medicamentos foram disponibilizados pelo Tesouro Nacional, dentro da contrapartida negociada em cada acordo de empréstimo.

<sup>115</sup> Entrevista concedida por Raldo Bonifácio, jun. 2005.

<sup>116</sup> Entrevista concedida por Maria Alice Tironi, jun. 2005.

Antes mesmo que se estruture qualquer coisa no governo federal, você já tem ações da sociedade civil, nem que seja por este componente amplo – a concessão de ajuda mútua é bem ampla. Isto passa a ser institucionalizado pelo governo. Você passa a ser agregado na própria elaboração do projeto do Banco Mundial, você tem uma verba dirigida para apoio à sociedade civil, tem a ver com uma indicação do Banco Mundial, mas tem a ver com uma pressão interna também.<sup>117</sup>

O primeiro projeto do Banco Mundial era basicamente para financiar ações na área de prevenção, principalmente aquelas executadas pela sociedade civil. Isso é um ganho do movimento de Aids, o governo “compra” a idéia de que é importante trabalhar com as ONGs e busca recurso para isso.<sup>118</sup>

Soma-se a isso outro fato, exposto por uma das gestoras que relacionam o apoio e o fortalecimento do trabalho de ONGs à falta de ações governamentais similares na rede pública de saúde. Dessa forma, a única alternativa seria a “incorporação” e o apoio às organizações que já vinham trabalhando com essa temática, como forma de realizar estas ações:

O primeiro acordo de empréstimo viabiliza a estruturação do programa: equipamento e contrato de pessoal. Tivemos de implementar estratégias nacionais, fortalecer os estados para a resposta à epidemia. E surge um grande componente que é justamente fortalecer e ampliar as ações de ONG. Na verdade o governo, sobretudo com relação à epidemia de Aids, não realiza na ponta o trabalho, sobretudo em prevenção. O panorama tem mudado um pouquinho, mas quem vem realizando é a sociedade civil. No primeiro acordo do empréstimo, quando não tínhamos uma rede de saúde, uma rede de serviços, todos os programas perfeitamente estruturados, a via que o governo encontrou e identificou era: “fortalecer as ONGs, dar apoio para as ações das ONGs, trabalhar em conjunto com as ONGs para que as nossas diretrizes nacionais, estratégias nacionais que desenhamos aqui junto com elas, efetivamente cheguem a quem está se infectando, à população de uma forma geral para se prevenir. Essa é a linha de raciocínio que se faz em 94 e que dura todo o Aids I.”<sup>119</sup>

Nesta mesma lógica, é também lembrado o fato de que à época, a Aids era ainda algo relativamente novo, para o qual não havia muitas opções de tratamento. Ainda não havia condições para a estruturação de um serviço na rede pública, de maneira tão rápida.

Essa intervenção face a face, esse trabalho que a Aids vai gerar não estava previsto no SUS, primeiro porque o SUS não previa direito nem essa participação comunitária. Por vários motivos. É preciso ler e historicamente ver o que é isso. E antes, a Aids não existia. A questão não estava posta para você ter que dar resposta a ela.<sup>120</sup>

Muitas das inovações trazidas pelas ONGs iam se consolidando como “*best practices*” no trabalho com a Aids. Se fizermos uma breve retrospectiva histórica, a própria

---

<sup>117</sup> Entrevista concedida por Cristina Câmara, jul. 2005.

<sup>118</sup> Entrevista concedida por Carlos Passarelli, maio 2005.

<sup>119</sup> Entrevista concedida por Lilia Rossi, nov. 2004.

<sup>120</sup> Entrevista concedida por Cristina Câmara, jul. 2005.

idéia de “sexo seguro” foi inventada pela Comunidade Gay logo no início da epidemia (Altman, 1995). No Brasil, já em 1983 a implantação de uma linha telefônica junto à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, denominada Disque-Aids, deu-se a partir de sugestão de um militante homossexual, nos moldes das chamadas *hot-lines* existentes na época na cidade de São Francisco (Teixeira, 1997).

Assim, o que se parece observar é que ao longo dos anos, diversas inovações foram sendo implantadas pelas ONGs e, em muitos casos, incorporadas ou apoiadas pelo Estado. Das primeiras já relatadas, quando grupos homossexuais distribuíam folhetos em locais de frequência gay, passa-se a incorporar diversas outras que hoje em dia fazem parte de qualquer política mínima de prevenção, como oficinas de sexo seguro, distribuição de preservativos em locais como boates, saunas e casas de prostituição, denúncias de violência e de violação de direitos humanos, entre outras.

Alguns dos entrevistados destacam essas inovações e os motivos de serem consideradas boas práticas para uma política pública em HIV/Aids e, com isso, absorvidas pela estrutura estatal:

Há uma enormidade de exemplos. Acho que o elemento básico – que não foi inventado no Brasil, mas foi “trazido” pelas ONGs daqui –, foi a intervenção baseada em “peer education”. O movimento gay e o de profissionais de sexo foram as lideranças nesta questão específica. O IEPAS de Santos foi a primeira ONG de Aids/drogas do Brasil e trouxe o conceito de *outreach work*, que era de buscar populações de maior vulnerabilidade onde elas estivessem. A APTA de São Paulo foi inovadora em trabalhar educação dentro de escolas públicas. O GAPA-RS foi quem implantou no Brasil trabalho em presídio e material educacional específico com participação dos usuários na elaboração. O GAPA-Bahia foi pioneiro em política de sustentabilidade entre as OSCs. Enfim, há uma enormidade de exemplos de como as entidades influenciaram a resposta brasileira e a política pública com suas ações.<sup>121</sup>

A metodologia de trabalho consistia na prevenção, na educação entre pares, em formato de trabalho de grupo. Dar formação de identidade, dar visibilidade, combater a clandestinidade, trazer a perspectiva desses grupos que fogem da polícia como fogem dos serviços de saúde. E por isso nós tivemos que nos associar a uma bandeira de saúde pública para a epidemia, enfrentar a violência policial, enfrentar o preconceito, enfrentar a discriminação, porque esse aporte quem trouxe foram evidentemente as organizações da sociedade civil. A promoção do sexo seguro, isenta de concepção moral, levando a uma informação que também os profissionais de saúde não se sentiam à vontade para fazer. Ensinar como é que se usa o preservativo, levar o *kit* de prevenção, ensinar a lavar a seringa, eram coisas que não se colocavam para a área de saúde. Eles não estavam acostumados a lidar com temas polêmicos, relacionados à privacidade e à sexualidade. Mesmo no campo da assistência e do apoio: a inovação toda de uma assessoria jurídica para que as pessoas com Aids tivessem seus direitos, a pressão para ter um atendimento digno e medicação.<sup>122</sup>

---

<sup>121</sup> Entrevista concedida por Fábio Mesquita, jul. 2005.

<sup>122</sup> Entrevista concedida por Karen Bruck, jun. 2005.

Quase todas as práticas que o governo coloca na sua política de prevenção são aprendidas com a sociedade civil. Poderia dar o exemplo dessa tentativa que eu fiz de transformar os centros de testagem em centros de prevenção. Descrevi em um documento a importância de esses serviços fazerem prevenção e algumas atividades que já eram feitas pelas ONGs, de *outreach*, de educação entre pares, trabalho com prevenção secundária através de adesão. Enfim, são coisas que a gente aprende com as ONGs. Aliás, o meu trabalho no Ministério procurou mostrar que o aconselhamento, que é uma prática hoje em dia até um pouco mais incorporada pelos serviços de saúde, vem das ONGs. Quem começou a fazer aconselhamento em DST/HIV/Aids foram as ONGs, um pouco no espírito de ajuda mútua, educação entre pares. Era aconselhamento, e o serviço se apropriou disso e no fim acabou dizendo que foi ele que criou. É mentira. Quem criou foram as ONGs, ou melhor, foram os psicólogos na década de 60, e quando chegou a epidemia as ONGs assimilaram esse tipo de intervenção. O exemplo do aconselhamento é ilustrativo: quando a epidemia começou, principalmente nos Estados Unidos, os grupos homossexuais começaram a fazer aconselhamento, homossexuais aconselhando homossexuais. E depois, essa prática foi absorvida pelo serviço.<sup>123</sup>

Na descrição de algumas das inovações, novamente se ressalta a falta de ações governamentais similares na rede pública de saúde.

Algumas coisas as ONGs já faziam e puderam ser institucionalizadas. Por exemplo, a testagem: a partir do teste Elisa, descoberto em 1985, a pessoa pode saber de sua soropositividade. As ONGs são as primeiras a fazer um trabalho de acolhida às pessoas que se sabem soropositivas. O Grupo Pela Vidda já em 89 tinha um grupo que se chamava Recepção e Aconselhamento, para quem chegava, e a maioria das pessoas que chegavam tinham acabado de saber do teste. Estavam desesperadas. O que elas iam fazer lá? Elas iam buscar um apoio, algum tipo de conforto que não tinham no serviço de saúde. Quem fazia isso eram as ONGs. E essa prática estrutura o que depois foi criado como Centro de Testagem Anônima (CTA). Às vezes os profissionais de saúde não estavam preparados para dar essas respostas e não tinham para onde encaminhar. Você imagina o desespero de todos e para todos os lados.<sup>124</sup>

Concluindo, há um primeiro conjunto de motivos da parceria entre governo federal e ONGs, relacionados a:

- trabalho e boas práticas já desenvolvidos pelas ONGs;
- contexto geral de ausência de ações semelhantes no setor governamental;
- compreensão, pelo gestor federal, de que tais ações desenvolvidas por ONGs eram apropriadas, pioneiras e que, considerando a ausência de ações no setor governamental, estas deveriam ser incorporadas e apoiadas dentro da política federal de combate ao HIV/Aids que se desenhava à época.

---

<sup>123</sup> Entrevista concedida por Carlos Passarelli, maio 2005.

<sup>124</sup> Entrevista concedida por Cristina Câmara, jul. 2005.

### 3.5 Acessibilidade a populações mais vulneráveis e/ou de difícil acesso

A partir do contexto descrito de apoio à institucionalização das atividades de ONGs por parte do PN, outro importante motivador apontado pelos gestores se relaciona ao trabalho desenvolvido por essas ONGs junto ao que se convencionou chamar “populações mais vulneráveis”.

Por populações “mais” vulneráveis, pode-se entender aquelas que possuem mais riscos de infecção ao HIV/Aids, ou que estão expostas a mais fatores de riscos que podem levar à infecção. A vulnerabilidade de determinados grupos sociais ou populações está relacionada à sua diferença social ou às condições de precariedade em que vivem (Câmara & Lima, 2000).

O conceito de vulnerabilidade busca ampliar o foco de atenção para além da ação do “indivíduo”, considerando também o contexto social no qual se encontra e as limitações que esse contexto traz para o seu “poder de intervenção” (Ministério da Saúde, 2002c). Mostra novas condições de exclusão social e traz fortemente a idéia de que a promoção e a proteção da saúde estão intrinsecamente ligadas à promoção e à proteção dos direitos humanos (Ministério da Saúde, 2002d):

A vulnerabilidade é entendida [...] como a exposição do indivíduo ao risco de infecção pelo HIV quando ele não apresenta condições efetivas de fazer valer a sua intenção ou desejo de se proteger, devido à ação de fatores externos, percebidos como mais poderosos do que a sua capacidade de agir contra a Aids. (Ibidem, 2002c:49-50)

O conceito pode variar ao longo do tempo e depende de cada realidade local. Busca levar em conta influências políticas, sociais, culturais e econômicas que afetam a tomada de decisão quanto às formas de prevenção ao HIV/Aids.<sup>125 126</sup> Tem sido utilizado pelos que

---

<sup>125</sup> Por exemplo, em países africanos ou islâmicos onde as mulheres devem obediência a seus maridos, em que grau poderia ela negociar o uso do preservativo com o seu parceiro? Revela-se aí um aspecto de vulnerabilidade, causado por uma questão de gênero. Qual a probabilidade de um usuário de drogas injetáveis se lembrar em não compartilhar sua seringa quando estiver consumindo a droga, ou de usar preservativo em suas relações sexuais, após o consumo da droga? Revela-se outro aspecto de vulnerabilidade à infecção pelo HIV, decorrente da questão do uso de droga, a qual limita a capacidade do indivíduo em se proteger.

<sup>126</sup> Para que o conceito não surja de forma geral, mencionamos brevemente uma matriz de risco e vulnerabilidade para o Brasil, para que tenha uma idéia de quais são as populações, hoje em dia, consideradas mais vulneráveis [www.aids.gov.br/prevencao]. Esta matriz se divide em três categorias:

1) Populações entre as quais há ocorrência freqüente de comportamento de risco e alta vulnerabilidade: pessoas presas; usuários de drogas injetáveis; profissionais do sexo; caminhoneiros e garimpeiros.  
2) Populações entre as quais há ocorrência freqüente de comportamento de risco e vulnerabilidade variável: homo/bissexuais masculinos (homens que fazem sexo com homens).

trabalham no campo da Aids já há algum tempo, representando um avanço em relação a conceitos anteriores largamente veiculados de forma isolada como “grupos de risco” e “comportamento de risco”, e permitindo ampliar as possibilidades de entendimento e de medidas para o enfrentamento da epidemia.<sup>127</sup>

Na evolução da epidemia, trabalhos de ONGs com populações mais estigmatizadas terão como função preencher lacunas existentes em serviços locais de saúde, seja na disponibilização de serviços a essa população – de procedimentos de saúde básica e mais geral às atividades relacionadas às próprias DST/Aids, como oficinas de sexo seguro, distribuição de folhetos informativos e insumos de prevenção –, passando pela formação de multiplicadores e agentes de saúde, até a interface com esses mesmos serviços locais de saúde, visando sensibilizar seus profissionais para atender melhor essa população e criar uma rede de referência e contra-referência que possa encaminhar pessoas aos serviços públicos de saúde quando necessário.

A idéia básica e que se torna a grande referência para trabalhos de prevenção com populações vulneráveis está na chamada *Peer Education*, ou “educação entre pares”, que envolve ONGs com representantes ou se insere no cotidiano dessas populações, fazendo que pessoas se engajem no trabalho de prevenção. Busca criar uma linguagem adequada para esse trabalho, e que ele seja posteriormente disseminado pelos multiplicadores.

Ao lado da educação entre pares acrescenta-se o conceito de *outreach work*, qual seja, o de acessar ativamente as populações em seus locais de interação social, dado que tradicionalmente não acessam os serviços públicos de saúde. Aqui destacam-se dois fatores: o primeiro, uma postura pró-ativa em buscar um grupo que deve ser trabalhado por uma política pública específica, ou que necessita ser por ela alcançado; e o segundo, a capacidade de acesso, a partir da constatação de que tais lugares de “interação social” muitas vezes são de difícil acesso, justamente em virtude dos fatores de vulnerabilidade e exclusão desses grupos.

Apesar de havermos mencionado que o formato do Aids I previa a possibilidade de participação das ONGs nos diversos componentes, não havendo um específico para ONGs, uma ênfase maior é dada ao trabalho de “intervenção comportamental e/ou preventiva para

---

3) Populações entre as quais há ocorrência variável de comportamento de risco segundo o grupo considerado, mas alta vulnerabilidade: crianças e adolescentes; mulheres; índios; segmentos populacionais de baixa renda; efetivos militares e conscritos das Forças Armadas.

Acrescente-se a estas as pessoas vivendo com HIV/Aids, que também apresentam diversos fatores de vulnerabilidade.

<sup>127</sup> Essas duas abordagens iniciais da epidemia se baseavam em uma lógica de culpabilização do indivíduo e de estrita responsabilidade individual no gerenciamento do risco à infecção (Ministério da Saúde, 2002c). Conseqüentemente, contêm forte potencial em estimular preconceitos contra indivíduos que fazem parte ou estão próximos a esses grupos (Câmara & Lima, 2000).

populações específicas” (Ministério da Saúde, 1992:13-4 – com um capítulo específico para usuários de drogas), e ao oferecimento de “alternativas assistenciais na comunidade para pessoas vivendo com HIV/Aids”, notadamente as casas de apoio (Ministério da Saúde, 1992:38; Ministério da Saúde, s.d. a).<sup>128</sup>

Tais linhas são elencadas pelo PN como estratégicas em trabalhos de prevenção, estabelecendo-se:

Modelos de intervenção que levem em conta os diversos grupos populacionais e suas percepções quanto a sua vulnerabilidade, o desenvolvimento do que se chama “trabalhos de intervenção baseados em *peer education* e *outreach work*”, o fortalecimento de redes sociais, para atingir ações de prevenção e dar suporte aos grupos envolvidos, e o desenvolvimento de parcerias com ONGs, associações comunitárias, sindicatos e associações de classe. (Ministério da Saúde, 1998a)

A expressiva contribuição das ONGs para a política nacional de intervenção em segmentos populacionais específicos tem seu fundamento na experiência adquirida pelo acesso direto à população, possibilitando o desenvolvimento de metodologias eficazes de prevenção, que subsidiaram programas em todo o território brasileiro. (Ministério da Saúde, 1998a)

As entrevistas com os gestores mostram uma visão de que naquele momento não havia outra alternativa para trabalho com populações vulneráveis que não a parceria com ONGs, reconhecendo-se a incapacidade do Estado em acessá-las de forma adequada.

Dessa forma, os serviços dirigidos de forma mais específica a esses grupos poderiam ser prestados com melhores resultados por pessoas que vivenciem o cotidiano dos grupos e que com eles tenham maior grau de identificação se comparados a servidores públicos e aos tradicionais serviços de saúde oferecidos pelo Estado. Por este enfoque, o Estado não estaria preparado para lidar adequadamente com tais grupos nem para reconhecer suas necessidades diferenciadas,<sup>129</sup> o que poderia ser feito pelas ONGs ligadas aos grupos, com um conseqüente aumento de eficácia no combate à epidemia.

O acesso efetivo aos grupos mais vulneráveis, quem tem é a ONG. Isso é claro até hoje. Ainda mais naquela época em que era mais difícil. No início do projeto, das

---

<sup>128</sup> Outras atuações mencionadas pelo documento são: trabalho de intervenção com população geral, cursos para empresas e comunidade, organizações de eventos e manifestações sobre a Aids, elaboração de campanhas educativas e materiais de informação, orientação e aconselhamento, distribuição de preservativos, Disk Aids, relações com a mídia para difusão de informações e serviço de informações por correspondência. Tais atividades incluem não só uma visão estrita de prevenção, mas deveriam incorporar a luta por direitos humanos, melhorias na rede pública de saúde e a participação na elaboração da política pública de saúde em Aids.

<sup>129</sup> O movimento natural nesse caso é do não haver acesso espontâneo dessas populações ao serviço de saúde, e, havendo, não se encontrar resposta para suas necessidades, muitas vezes diferenciadas da população em geral (Ministério da Saúde, 2001b).

ações do programa, eram somente as ONGs que chegavam a esse tipo de população para fazer a intervenção, para sensibilizar. Quem tinha esse *know-how* era a ONG e não o serviço [público]. A rede ainda era muito mal estruturada, era o início de uma doença, início de uma epidemia, ainda não havia uma rede de serviço de saúde efetivamente estruturada nos moldes que temos agora. As pessoas acessavam o serviço mas de uma forma realmente precária.<sup>130</sup>

A educação entre pares é reconhecida como uma estratégia essencial no combate à epidemia de Aids, permitindo uma melhor conscientização sobre a necessidade de prevenção. Estabelecido este pressuposto, o gestor percebe a necessidade de estabelecer parcerias com as organizações que efetivamente vinham desempenhando esse trabalho e que tinham “entrada” junto às populações que necessitavam ser trabalhadas.

Vejamos o exemplo das prostitutas. Como é que vamos, a partir do serviço de saúde, estabelecer a educação entre pares, com um profissional de saúde contratado pelo Estado? Efetivamente, temos que fazer parcerias com o grupo de lideranças de trabalhadoras sexuais e a partir daí estabelecer esse processo. Com o usuário de drogas, por exemplo, é fundamental que, numa intervenção, nós tenhamos usuários ou ex-usuários de drogas participando, porque entendem a linguagem, vivenciam a mesma realidade. Como é que vamos estabelecer a educação de pares através do serviço de saúde? Cria-se uma situação difícil de implementar. Precisamos ter realmente um processo de interlocução e de parceria com grupos sociais da comunidade, e sempre em grupo. Com travestis, por exemplo, só se tivéssemos uma unidade de saúde onde todos fossem travestis – ou seja, isto não é factível.<sup>131</sup>

Do ponto de vista histórico, o Estado nunca teve competência para intervir em populações vulneráveis. Vamos ter de reconhecer. O usuário de drogas chega ao serviço na emergência, quando está em overdose ou quando tem outro agravo de saúde. Ele não se fixa, porque os serviços de saúde são inadequados para usuários de drogas. O mesmo ocorre com o profissional do sexo. O travesti não consegue chegar ao serviço porque é discriminado. Classicamente, os serviços de saúde são completamente preconceituosos, discriminatórios, e não estão estruturados para receber essas populações. Quem mudou, quem criou interferências para trabalho com as populações, foi a sociedade civil. Todos esses conceitos novos em saúde são gerados pela sociedade civil.<sup>132</sup>

A vantagem do trabalho com populações vulneráveis feita pelas ONG está na referência inicial do aconselhamento entre pares. Ou seja, a melhor pessoa para te dizer alguma coisa tem que ser alguém que tenha alguma identificação com você. É muito mais fácil uma prostituta falar para outra do que vir um técnico, de jaleco branco, mostrar algumas figuras sei lá como e dizer: “use camisinha, ou vai ficar assim...” – embora isso também seja maleável, flexível. Esses grupos vão mostrando os resultados, que a proximidade com a população passa a ter mais aceitação e melhor resposta quando a intervenção é feita entre pares, face a face, conversando.<sup>133</sup>

---

<sup>130</sup> Entrevista concedida por Lília Rossi, nov. 2004.

<sup>131</sup> Entrevista concedida por Pedro Chequer, jun. 2005.

<sup>132</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro, maio 2005.

<sup>133</sup> Entrevista concedida por Cristina Câmara, jul. 2005.



A parceria com as ONGs sempre foi defendida, não só porque elas cumpriam o papel que o governo não tinha como cumprir, mas também porque as ONGs fazem de fato o que a gente chama de “trabalho na ponta”. Elas têm a mão na massa, têm acesso. Aquilo que o paciente às vezes tem vergonha de falar com um profissional de saúde, não se acanha em falar com quem é de ONG.<sup>134</sup>

O reconhecimento dessa estratégia também está registrado em documentos do início do Aids I:

As intervenções para mudança de comportamento têm obtido bons resultados quando elas acontecem entre pares. Abordagens de comunicação por semelhantes levam a um aumento de credibilidade, identificação, mostrando o poder normativo dos pares como fonte de persuasão e encorajamento na promoção de vários comportamentos de saúde, e mostrando sua importância e eficácia como meio de interromper a cadeia de disseminação do HIV e DST. (Ministério da Saúde, 1993)

Há um forte envolvimento dos estados e municípios, e busca-se a incorporação de organizações não governamentais. Estas últimas, porque têm facilidade de acesso aos grupos de risco, desfrutam de credibilidade junto àquelas pessoas mais vulneráveis à infecção pelo vírus HIV. (Ministério da Saúde, s.d. a)

Este segundo argumento mostra que o Estado contou com a parceria das ONGs para que pudesse ser feito um trabalho junto a populações epidemiologicamente importantes e que apresentavam aspectos de vulnerabilidade, as quais ele não conseguia acessar. Esse trabalho representava componentes essenciais das áreas de prevenção e assistência, e contribuiu para a expansão das ações e da cobertura do Programa de Aids (The World Bank, 2004).<sup>135</sup> ONGs que representavam ou trabalhavam diretamente com esses grupos tinham legitimidade e acesso, e, seguindo a linha da educação entre pares, conseguiam realizar ações de prevenção de forma mais eficiente:

*From the mission's observation in states and project sites visited, prevention work is well grounded in good and trustful exchange with target groups, who are often involved in design, implementation and refinement of interventions. In this respect, program staff and NGOs as well as beneficiaries of prevention work interviewed stressed the success of the project in securing respect and legitimacy for marginalized and stigmatized groups. (The World Bank, 2004:17)*

Estes conceitos baseiam-se tanto na questão do acesso às populações vulneráveis, o que poderíamos destacar como “capacidade de capilarização” das ONGs, como também na constatação de que a informação isoladamente considerada não garante mudança de

---

<sup>134</sup> Entrevista concedida por Helena Lima, jun. 2005.

<sup>135</sup> “NGOs undertook a large share of the prevention work financed under the project [Aids I], in line with their acknowledged comparative advantage to reach and work effectively with high-risk groups” (2004:7).

comportamento, pois não é um processo exclusivamente racional (Ministério da Saúde, 1998a). Bem por isso, há a necessidade de adaptações considerando-se o contexto sócio-cultural dessas populações, obtendo-se com isso metodologias mais eficazes de prevenção e que podem ser replicadas em outros contextos semelhantes.

### 3.6 ONGs com estruturas mais flexíveis/dinâmicas

O acesso às populações mais vulneráveis não se revela apenas pelos conceitos de educação entre pares e *outreach work*, a ressaltar confiança, acesso, identificação e partilha de valores iguais. Mostra-se também pela existência de uma infra-estrutura mais adequada para a realização de trabalhos, especialmente no campo da prevenção. Muitas das atividades são realizadas no período da noite e nos mais diversos locais, como em boates, casas de show, bordéis, ruas de prostituição, praças e becos para uso de drogas, locais estes muitas vezes de difícil acesso e que oferecem riscos à segurança de quem lá se encontra.

Este argumento também será exposto pelos gestores como um dos motivos que levaram à parceria:

Na questão da prestação de serviço, as ONGs tiveram um papel bastante importante em atividades de prevenção, especialmente para as populações que o serviço de saúde normalmente não cobre. São populações de difícil acesso – o formato do serviço público não permite que você as atinja. Você tem que ir para a rua, para lugares que não são formais da sociedade. A mobilidade das ONGs facilitou muito isso e facilita até hoje. Elas têm um papel na intervenção muito importante. Além do mais, as ONGs tinham uma proximidade maior com essas populações. Muitas pessoas vieram desses grupos, pela questão de trabalho entre pares, e davam legitimidade e mais propriedade para a integração.<sup>136</sup>

Esse gestor contrapõe a configuração dos trabalhos de prevenção ao formato do serviço público. Imagine-se como seria possível ao Estado realizar essas atividades por intermédio de sua estrutura, a qual normalmente é estática, possui funcionários fixos e com turno de trabalho fixo, e em muitos casos reduz ou interrompe suas atividades no período noturno. Imagine-se a estrutura necessária para criar uma logística que pudesse dar conta de percorrer os mais diversos pontos nas grandes cidades brasileiras.

O acompanhamento do trabalho de algumas ONGs nos permitiu ter uma melhor idéia de sua importância e de como se faz necessária uma logística apropriada.

---

<sup>136</sup> Entrevista concedida por Ricardo Marins, jun. 2005.

Uma das atividades cruciais dos projetos de ONGs de profissionais do sexo, por exemplo, é o mapeamento dos diversos pontos de prostituição – praças, ruas, boates, casas e mesmo pequenas salas em prédios comerciais. Além de “descobrir” esses pontos, é necessário um trabalho de aproximação e quebra da resistência, comum às prostitutas quando se trata de algum assunto relacionado à Aids e a outras DSTs. Existe um longo e recorrente processo de transmissão de informações sobre a necessidade de cuidado com o corpo, de convencimento ao uso constante e correto do preservativo, o que muitas vezes só se consegue ao se estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores.

Da mesma forma realizam-se os trabalhos com homossexuais, que incluem visitas, entre outros lugares, a saunas, parques e cinemas “de pegação”, em um contato muito semelhante a situações de clandestinidade e até ilegalidade.

Nesse trabalho, a ONG pode passar toda a madrugada percorrendo diversos pontos da cidade,<sup>137</sup> e isso para apenas uma ou duas populações específicas – imagine-se um trabalho voltado a várias populações.<sup>138</sup> Dessa forma, a parceria permite o estabelecimento de vínculos de cooperação com ONGs ligadas a esses vários grupos, que se encarregarão dos mapeamentos necessários para se saber os locais para a realização dos trabalhos de prevenção e atuarão diretamente com seus pares.

Tornou-se um senso comum as ONGs dizerem que vão para campo. “Ir para campo” é ir a boates, distribuir panfletos, ir à Parada Gay, aos eventos coletivos que acontecem onde se encontra aquele público que desejamos alcançar e onde a sua capacidade de intervenção, o seu trabalho preventivo, têm melhor repercussão.<sup>139</sup>

Ou seja, atividades de prevenção com essas populações trazem novas necessidades para delimitar o serviço: via de regra não são feitos em postos de saúde ou nos equipamentos públicos, e acontecem em horários e lugares alternativos. Isso ultrapassa a prestação de um serviço tradicional de saúde, sendo necessário ir além da estrutura estatal tradicional.

Desde cedo no programa de Aids já se notou que o trabalho do governo, dos funcionários públicos, ou o trabalho de organizações governamentais, com algumas populações – como usuários de droga e profissionais do sexo – tinha grandes entraves. Primeiro, o conceito tinha de ser construído para dentro. Mesmo tendo pessoas com um conceito interessante para o trabalho, com um bom perfil, surgem problemas

---

<sup>137</sup> Afirmamos novamente nossos agradecimentos ao NEP – Núcleo de Estudos da Prostituição, de Porto Alegre, e ao Grupo Liberdade, de Curitiba, por meio dos quais pudemos acompanhar esses trabalhos *in loco*.

<sup>138</sup> A ONG Igualdade RS, por exemplo, realiza toda semana um trabalho de prevenção junto a travestis e caminhoneiros (clientes dessas travestis) em postos da Grande Porto Alegre.

<sup>139</sup> Entrevista concedida por Cristina Câmara, jul. 2005.

administrativos, o trabalho é feito à noite, normalmente, ou é feito em campo. Não é uma prática, é um problema até de cultura, de como é o funcionalismo público.<sup>140</sup>

Um outro fator relacionado a essa infra-estrutura diz respeito à capacidade de identificação trazida pelo conceito de *peer education*. Ao menos teoricamente, pode-se imaginar haver significativa diferença caso o trabalho fosse realizado por servidores, que não necessariamente teriam uma identificação com as populações atendidas e, por vezes, teriam até valores radicalmente conflitantes. Diz-se isso em relação a uma potencial maior eficácia na atividade de campo e também em face da capacidade das ONGs em mobilizar esforços de voluntários para essas atividades, o que o Estado teria maior dificuldade em fazer.<sup>141</sup>

Portanto, este terceiro argumento justifica a realização da parceria também pelas novas necessidades trazidas pelos trabalhos de prevenção ao HIV/Aids, que exigiam uma estrutura de trabalho e de logística diversa daquela normalmente associada ao Estado. A parceria aos projetos de ONGs se dá em face de elas serem capazes de trabalhar nessa estrutura distinta e, com isso, realizar as atividades de prevenção necessárias.

Em outras palavras, permite-se um processo de flexibilização e desburocratização da gestão social, obtendo-se “prestações adaptadas aos públicos envolvidos, em oposição às prestações uniformes que tendem a caracterizar a oferta pública estatal” (Bresser Pereira & Grau, 1999:36).

### **3.7 Transferência de atividades: lógica econômica e diminuição do tamanho do Estado**

Outro argumento mais geral liga a crescente utilização de OSCs na provisão de serviços públicos como possível resposta à crise do *Welfare State* e ao endividamento público. A transferência de certas atividades às OSCs seria um mecanismo para reduzir o tamanho do Estado e ao mesmo tempo cortar custos. Atividades como serviços sociais e científicos poderiam ser realizadas com mais qualidade e eficiência por organizações públicas não-estatais, recuando o Estado como produtor direto de bens e serviços (Bresser Pereira & Grau, 1998).

---

<sup>140</sup> Entrevista concedida por Moisés Taglietta, nov. 2004.

<sup>141</sup> Segundo Robert Corman (citado por Bresser Pereira e Grau, 1999) um dos diferenciais críticos entre organizações estatais e as públicas não estatais (considerando que ambas servem a propósitos públicos) está justamente no fato de que estas são criadas por cidadãos privados, voluntários, e não por políticos eleitos. São estes cidadãos que criarão as políticas da organização e selecionarão seu pessoal.

A transferência de atividades estatais para organizações públicas não-estatais seria uma solução para descentralizar serviços públicos, mantendo o Estado a responsabilidade financeira e regulatória. A literatura menciona uma redescoberta e interesse renovado nas organizações do terceiro setor, movimento este que estaria fortemente ligado à necessidade de redução de gastos governamentais e à redefinição do papel e das funções do Estado.

Este argumento não é mencionado nas entrevistas e parece não se adequar ao contexto em que a Aids surge e à necessidade de respostas governamentais para combatê-la. O contexto ali proposto pela literatura se refere a serviços anteriormente já realizados pelo Estado por meio de estruturas próprias, as quais se mostravam agigantadas e pouco eficientes.

Um contexto como esse parece se aplicar melhor ao processo de criação das Organizações Sociais (OS), a partir de 1998, por meio do qual o Estado transferiu a essas organizações alguns serviços já executados por ele próprio ou então, logo após a construção de novos equipamentos públicos, repassou a elas a sua gestão, visando maior agilidade e menores custos.<sup>142</sup>

No caso da Aids, não havia até então estrutura montada nem serviços para atender às necessidades dos que se infectavam, ou seja, não havia “o que transferir” às ONGs. Ao contrário, o surgimento da epidemia mostrou um esforço de aprendizado do próprio Estado, a partir de novas necessidades que surgem, das ações desenvolvidas e da pressão exercida pelas ONGs, e da capacidade de sua estrutura de serviços em responder a essas novas demandas.

Um processo de transferência de atividades como aqui explicitado só estaria presente, a nosso ver, se partíssemos do pressuposto que o governo federal tinha capacidade para realizar as atividades desenvolvidas pelas ONGs, tendo optado por não realizá-las sem uma explicação que justificasse tal decisão, ou ainda, que tal decisão se baseasse em um desejo de redução de gastos ou aumento de eficiência, a partir de estruturas estatais já existentes, o que aqui não parece fazer sentido.

Se analisarmos a evolução do orçamento federal para a área de HIV/Aids, veremos que ele tem um crescimento progressivo, impulsionado até mesmo pelo aporte de recursos do Banco Mundial, de forma que não existia um contexto de redução de gastos governamentais,

---

<sup>142</sup> Caso de 15 novos hospitais do estado de São Paulo, cuja administração foi entregue a Organizações Sociais. Segundo Bresser Pereira (2005) seu custo é 25% menor do que o de hospitais similares estatais, e a qualidade do seu serviço tende a ser consideravelmente melhor. É preciso atentar para o fato de que os vários autores e literatura que discutem distintos modelos de provisão de serviços públicos costumam partir de uma ótica de que mercado e terceiro setor, em um dado momento histórico são incentivados ou direcionados (por vezes pelo próprio Estado) a um movimento de substituição da provisão estatal. A questão da Aids possui uma particularidade que necessita ser levada em consideração, no que se refere ao fato de ser algo novo, portanto, ao menos no início da epidemia, não há que se falar em movimento de substituição.

os quais, especialmente no momento da celebração do Aids I, apresentavam forte tendência de alta.

1989	11.870
1990	2.370
1991	1.250
1992	2.870
1993	13.730
1994	76.130
1995	160.000

**Quadro 3** – Evolução do Orçamento do PN 1989-1995 (UU\$ 1.000,00) Fonte: Ministério da Saúde (1994:3)

Outro argumento pelo qual entendemos não estar presente essa lógica se refere à forma como o governo federal lidou com algumas das recomendações do Banco Mundial para o desenho da política de Aids. Como dissemos anteriormente, o Banco priorizava em sua estratégia de combate ao HIV/Aids as ações de prevenção, em detrimento de gastos com medicamentos para pessoas vivendo com HIV/Aids.

O governo federal poderia ter seguido essa recomendação e colocado mais ênfase no elemento “prevenção” e no apoio às ONGs. No entanto, o desenho do Aids I – e também dos acordos de empréstimo seguintes – contém um forte componente assistencial e gastos consideráveis no aparelhamento da rede pública de saúde e na disponibilização de exames e medicamentos para as pessoas vivendo com HIV/Aids, ainda que representem um alto grau de comprometimento de recursos.

Para o caso do Brasil e da relação com as ONGs, este parece até constituir um ponto contraditório. O Banco, ao mesmo tempo em que defende a valorização do trabalho das ONGs, adota posição divergente em relação a elas, por defenderem gastos em ações de assistência e compra de medicamentos, da mesma forma que o governo federal – política esta que de fato se concretiza.

Portanto, o fato de o governo brasileiro não ter acatado integralmente o modelo proposto pelo Banco na formulação do Aids I nos mostra mais um elemento contra o argumento da transferência de atividades.

Há outros campos da política pública em HIV/Aids que sempre estiveram nas mãos do Estado – conforme mostraremos no capítulo seguinte – e foram sendo por ele desenvolvidos, notadamente a área de assistência e de vigilância epidemiológica. Os depoimentos dos

gestores e os documentos analisados não revelaram nenhuma intenção ou tentativa em transferi-los a outros setores. Percebe-se a intenção de realizar parcerias – por exemplo com universidades, estados, municípios e laboratórios –, mas não se percebe intenção de transferência por motivo de redução de despesas ou ineficiência.

Isso se reflete, por exemplo, na comparação entre o montante de recursos destinados a ONGs e os demais recursos utilizados pelo Estado, notadamente na área de assistência. Ou seja, apesar de o desenho do Aids I ter dado forte ênfase ao trabalho de ONGs, também houve um grande aporte de recursos para atividades do próprio Estado.<sup>143</sup> E diversos gestores destacam a preocupação do PN em criar uma estrutura de serviços em HIV/Aids dentro da Rede Pública de Saúde.<sup>144</sup>

Resta dizer que o Relatório do Banco Mundial sobre o Aids I e II (2004) aponta que um dos objetivos não atingidos nesses projetos foi o de saber quais intervenções funcionam melhor, para que se pudesse decidir futuramente a melhor forma de alocação de recursos. Não há, de fato, nenhum estudo sistematizado que tenha procurado comparar o custo dos projetos de ONGs ao custo de projetos do Estado, o que também não é o objetivo deste trabalho.<sup>145 146</sup>

Não há elementos que nos permitam afirmar que o desejo de reduzir gastos e/ou de transferir tarefas com objetivo de maior eficiência e eficácia no uso do recurso e na prestação de serviços teria sido um motivo para a política de parcerias com as ONGs. A parceria se deu em algumas partes da política, e não em todas, permanecendo sob responsabilidade do Estado uma série de serviços, tanto na regulação como na execução direta.

Além disso, as entrevistas e os documentos nos mostraram um outro conjunto de motivações, que diziam respeito a um reconhecido trabalho já desenvolvido por essas organizações, à ausência de ações semelhantes no âmbito do Estado e à capacidade das ONGs em trabalhar com populações mais vulneráveis a partir de uma estrutura mais flexível.

---

<sup>143</sup> Aspecto ressaltado em entrevista por Vera Menezes, ago. 2005.

<sup>144</sup> Aspecto ressaltado em entrevista por Lilia Rossi, out. 2004, e Alexandre Granjeiro, maio 2005.

<sup>145</sup> “While successful in the establishment and support of innovative and targeted prevention interventions, the project did not carry out studies and evaluations to assess the cost-effectiveness of prevention activities, on which basis future strategic decisions and resource allocation were to have been decided” (2004:11).

<sup>146</sup> Os estudos existentes referem-se mais ao campo da assistência, na análise dos custos de medicamentos e de gastos com internação em hospitais (The World Bank, 2004:23).

### 3.8 Considerações finais

A política para HIV/Aids parece ser um bom exemplo de um novo formato de atuação do Estado que vem sendo construído não só com políticas e programas estatais, mas com uma gama mais ampla de respostas sociais e políticas à epidemia que emerge de vários setores da sociedade (Parker 2003:08). Pode, assim, sinalizar um novo padrão a ser seguido na formulação de outras políticas sociais governamentais.

Esse novo padrão pode ser relacionado ao conceito de *responsabilidade política estendida*, exposto por Stark e Bruszt (1998). Ao estender a responsabilidade política para um conjunto de atores plurais – de forma contínua no tempo e não apenas em períodos eleitorais – reduz-se a possibilidade de os Executivos cometerem erros em políticas cruciais. As discussões com os diferentes canais aumentam a compreensão dos formuladores de políticas sobre suas decisões que, ao considerarem informações críticas, podem antecipar consequências econômicas, políticas e sociais futuras de suas ações.<sup>147</sup>

Em alguns dos diversos documentos de apresentação e divulgação do PN essa noção parece surgir de forma clara:

Os princípios pelos quais o Estado brasileiro assegura a saúde como um direito constitucional são: descentralização; utilização da epidemiologia para definição de prioridades; ampliação das ações de caráter preventivo, com ênfase na integração prevenção/assistência; participação complementar dos serviços privados e acesso universal e gratuito a todos os níveis do sistema de saúde. O Programa Nacional segue estes princípios [...] Como em todo processo de dimensões políticas, sociais e culturais, a implementação da estratégia de governo pressupõe diálogo, negociação e parcerias entre os atores sociais a base de legitimidade das decisões e de implementação das ações. (Ministério da Saúde, 1994:4)

A parceria com a sociedade civil constitui um dos pilares mais importantes da atual política governamental na luta contra a Aids, que tem sua expressão calcada no controle social e na participação direta da sociedade nas decisões e proposições de políticas públicas. (Ministério da Saúde, 1998a:10)

A Coordenação do Programa Nacional de DST/Aids entende que a elaboração e a implementação de uma ação continuada de prevenção não pode estar limitada ao âmbito do governo, sujeito a descontinuidade administrativa e sem mecanismos eficazes para participação comunitária. Apenas a parceria com a sociedade civil poderá garantir o envolvimento amplo de todos os atores sociais na construção de uma política de prevenção realmente eficaz e a mobilização necessária para sua manutenção ao longo do tempo. (Ministério da Saúde, 1994:7)

---

<sup>147</sup> Dito de uma outra forma, a existência de mecanismos institucionais que permitem maior participação dos interessados leva à negociação e maior aceitação das decisões.



Nesse mesmo sentido, Parker (2003:9) sugere que as bases do sucesso do programa de Aids brasileiro encontram-se no fato de vir sendo construído por um longo período de tempo e por um grande número de atores sociais, ora trabalhando em colaboração, ora em conflito.

Da mesma forma o Banco Mundial (The World Bank, 2004) ressalta que a sistemática de apoio a ONGs foi uma inovação no Brasil, concebida para acomodar um enfoque multi-setorial na luta contra o HIV/Aids. E justamente nesse enfoque multi-setorial, as ONGs eram consideradas um dos três principais executores do projeto – ao lado de governo federal e dos estados/municípios.

A pesquisa nos mostrou a existência desse padrão, ao apontar a busca do gestor federal por um contato maior com lideranças de grupos vulneráveis (ainda no Projeto Previna) para a formulação de ações desses grupos e, posteriormente, pela busca de apoio e inclusão de representantes de ONGs na formulação da política de Aids, por ocasião do empréstimo do Banco Mundial, a partir justamente de uma experiência anterior, de menor diálogo.

O estabelecimento desta nova sistemática se insere em um contexto de evolução e/ significação do próprio conceito de "parceria", conforme ressaltado por Spink (Ministério da Saúde, 2003). De um conceito inicial caracterizado enquanto "diálogos entre pessoas unidas por um objetivo comum e ainda carentes de explicações e soluções técnicas" passa a ser vista como "uma complexa rede de co-participes com funções distintas na luta contra a aids":

O sentido de parceria, na ótica dos documentos de apresentação pública do PN, deslocou-se, assim, da ação conjunta "barulhenta" das alianças eventuais para o apoio técnico e financeiro de um (o PN), face ao potencial de ação capilar do outro (as ONG). (Ministério da Saúde, 2003a:17)

Parece também confirmar a mudança no padrão de provisão estatal exclusiva (Farah, 2001), apontando os novos arranjos institucionais para a construção de redes institucionais que reúnem diversos atores, envolvendo articulações intersetoriais, intergovernamentais e entre Estado, mercado e sociedade civil. Nesse cenário, o enraizamento das políticas em um espaço público além da esfera estatal reforçaria a possibilidade de políticas de longo prazo, com repercussões sobre sua eficiência e efetividade.

Outros documentos também ressaltam esse novo padrão, ao reconhecer a incapacidade do setor governamental em sozinho captar determinadas demandas sociais e ao destacar seu papel mais regulador, em detrimento do papel de fornecedor direto de serviços.

Em 1996, inicia-se uma nova etapa na relação do Estado com a sociedade civil, marcada fundamentalmente pela instituição de parceria efetivas com diferentes organizações sociais e pelo reconhecimento de um novo padrão para execução de políticas públicas, tendo o Estado um papel de regulação no plano econômico e social. (Ministério da Saúde, 1998a: 33)

Existe hoje um consenso sobre a impossibilidade de o setor governamental, atuando de modo isolado, captar as diferentes demandas das pessoas afetadas pelo HIV no país, e respondê-las de forma adequada. (Ministério da Saúde, 1999a:163)

De fato, percebe-se que no campo da Aids o padrão de provisão estatal exclusivo parece não conseguir suprir as novas demandas que surgem, sendo esta lacuna suprida em parte pelo trabalho das ONGs, que ao longo dos anos desenvolveram um trabalho importante e acumularam conhecimento e inovações. A partir das dificuldades do Estado em responder essas demandas, buscam-se formas alternativas com o objetivo de contornar tais dificuldades.

O Ministério da Saúde mantém parceria com mais de seiscentas organizações da sociedade civil na luta contra a Aids. São estas entidades que fazem o trabalho de varejo do controle da epidemia, dando assistência, criando grupos de apoio a soropositivos, lutando por seus direitos, melhorando sua auto-estima e poder de reivindicação. São parceiros fundamentais para a descentralização do programa.<sup>148</sup>

Outra questão entre as motivações das parcerias refere-se ao trabalho com os grupos mais vulneráveis. Em situações como essa, que envolvem políticas públicas dirigidas a grupos cercados de polêmicas sociais e que muitas vezes representam valores e estilos de vida não compartilhados por grande parte da população, a parceria com OSCs pode ser um recurso largamente utilizado pelo Estado para dar resposta às pressões desses grupos por ações do Estado a eles dirigidas e suprir suas necessidades por políticas públicas.

Em outras palavras, a existência de OSCs permite ao Estado delegar tarefas públicas sensíveis, controversas ou não desejadas, fortalecendo-as enquanto grupo de interesse (Kramer et al., 1993). O Banco Mundial (The World Bank, 2004:7, 29) se vale desse pensamento ao atribuir às ONGs uma “vantagem comparativa”: na análise do Banco, ONGs têm um papel determinante na luta contra o HIV/Aids, pelo acesso a esses grupos, pela disponibilização de atividades de prevenção, assistência e *advocacy* e também pelo fato de realizarem uma interface entre grupos vulneráveis e os serviços públicos, objetivando aumentar seu acesso e utilização.

Não apenas isso. A pesquisa nos mostra que as ONGs conseguiram efetivamente acessar essas populações e lhe oferecer alternativas para tratar de suas especificidades, o que

---

<sup>148</sup> O então ministro da Saúde, José Serra, in *Notícias Unesco*, n. 16, 2001:11, também citado em Unesco (2005).

confirma um outro argumento para o apoio a trabalho de ONGs, sua capacidade de dar respostas a interesses particularistas de grupos específicos ou minoritários (Kramer et al., 1993; Gidron et al., 1992; Ministério da Saúde, 1998a).

Além da possibilidade de atingir as relações interpessoais e de sua proximidade em relação à vida cotidiana de pessoas vivendo com HIV/Aids e de populações mais vulneráveis, tais organizações podem agir também como uma espécie de termômetro para os serviços governamentais, retratando a qualidade destes justamente a partir das demandas recebidas e/ou produzidas (Ministério da Saúde, 2001b).

Concluindo, podemos expor uma visão de aprendizado conjunto e de troca de expertises:

Foi um processo de aprendizado de ambos os lados. A ONG desde o início tinha um aval já construído, já mais claro do que o do governo. Mas também estava aprendendo. Ainda não tinha todas as respostas na mão, na ponta da língua, para atuar frente à epidemia. O fato de o governo entrar, fortalecer e apoiar projetos também possibilitou que ela se aperfeiçoasse e entrasse com os vários segmentos da população em termos de prevenção, de assistência. Mas o governo foi se “apropriando” dos resultados, em termos de conhecimento, que as ONGs iam conseguindo [...] Tinha um caminho mais à frente, nas suas ações, na sua forma de pensar e na definição das políticas públicas. Além de financiar projetos, que foi a grande linha do Aids I, um dos maiores ganhos foi justamente fazer a aproximação governo e sociedade civil. Efetivamente, garantir um espaço de articulação nessas duas esferas. Um espaço que permitia que a ONG, as lideranças e os movimentos sociais organizados definissem junto com o governo a política pública para o enfrentamento do HIV/Aids.<sup>149</sup>

Discutidos e analisados os motivos para o estabelecimento de uma política de parcerias com as ONGs na prestação de serviços, o capítulo seguinte busca discutir em que áreas da política pública de combate ao HIV/Aids essa parceria se deu mais fortemente. Em outras palavras, quais são esses serviços oferecidos pelos projetos de ONGs apoiados pelo Estado.

---

<sup>149</sup> Entrevista concedida por Lilia Rossi, nov. 2004.

# 4

## Serviços em HIV/Aids: divisão de trabalho e especificidades.

Este capítulo visa analisar em quais campos da política pública de combate ao HIV/Aids a participação das ONGs se deu de forma mais efetiva e quais foram as razões para esse arranjo.

Nossa hipótese inicial é a de que ao longo da epidemia do HIV/Aids foi se configurando uma espécie de divisão de trabalho não institucionalizada entre Estado e ONGs, tendo estas incorporado grande parte das atividades de prevenção, notadamente junto às populações mais vulneráveis. Tal divisão não teria se dado sem motivo, mas estaria ligada àqueles analisados no capítulo anterior.

Inicialmente, buscaremos ilustrar tais campos, mostrando, conseqüentemente, quais os demais campos dessa política que permaneceram sob a responsabilidade do Estado.<sup>150</sup> Posteriormente, apresentaremos alguns quadros contendo a relação dos projetos de ONGs apoiados e as respectivas populações-alvo, no intuito de verificar em que medida a hipótese inicial é confirmada. Com uma breve descrição dessas atividades, procuraremos mostrar os motivos que levam esses serviços a serem prestados pelas ONGs. Em seguida, discutiremos algumas das conseqüências dessa divisão de trabalho, a partir das afirmações dos próprios gestores. De forma resumida, tais questões dizem respeito a:

- caráter de complementaridade das ações das ONGs;
- conflitos entre as visões de parceria e de terceirização de serviço;
- fortalecimento político de populações mais vulneráveis ao HIV/Aids;
- novos programas do setor público que possuem filosofia semelhante de trabalho àqueles desenvolvidos pelas ONGs (PACS e PSF) e possíveis interfaces com os projetos de ONGs;
- criação de capacidade dentro do setor público para a realização dos serviços tradicionalmente prestados por ONGs;

---

<sup>150</sup> Dentro do escopo deste trabalho, não abordaremos a divisão de trabalho entre as esferas governamentais federativas.

- incorporação de serviços tradicionalmente prestados por ONGs na estrutura do SUS e noção de serviços público colocada pelos gestores.

Ao mesmo tempo em que refletimos sobre essas questões no campo específico da política de combate ao HIV/Aids, buscaremos relacioná-las às temáticas tradicionalmente expostas pela literatura que analisa políticas públicas e os processos de reforma do Estado, quando estas debatem a utilização de ONGs na prestação de serviços públicos, em um padrão de provisão estatal não-exclusivo.

#### **4.1 Aspectos principais da divisão de trabalho na política de combate ao HIV/Aids**

Com base na análise dos documentos e das entrevistas com os gestores, entendemos ser possível perceber uma divisão de trabalho entre ONGs e Estado.

As entrevistas mostraram que há duas possibilidades de se pensar essa divisão de trabalho ou de papéis. Num primeiro momento, pensávamos exclusivamente na divisão no campo da prestação de serviços, mas as falas de vários gestores muitas vezes expunham, desde o início e de forma bastante natural, a questão da divisão de trabalho sob uma ótica de “execução de serviço” *versus* “controle social”, entendendo o papel das ONGs como mais ligado ao controle social sobre as ações governamentais e à contribuição na formulação de políticas, até mesmo em razão da previsões legais do SUS.

O SUS preconiza o controle da sociedade civil em todos os níveis do sistema de saúde. No caso da Aids isso se antecipou, porque o SUS já preconizava. Com o movimento, a epidemia trouxe essa participação muito mais intensa, e naturalmente o Estado teve que ouvir a população, porque todos ficaram perplexos com o que estava acontecendo. Na verdade, o SUS encontrou uma forma legal para isso, porque já estava no ideário da reforma do sistema de saúde que era fundamental ter a participação da sociedade civil, ouvir a sociedade civil diante das políticas públicas. Ou seja, não foi uma coisa pensada.<sup>151</sup>

E na avaliação que tem presente a sociedade civil como um parceiro importante de ações, temos clareza de que a participação da sociedade é cada vez mais fundamental e necessária. Porém, não é uma participação como executor de ações. A sociedade civil, como o próprio governo, executa ações – óbvio – mas a participação vem se dando cada vez mais enquanto interlocutor privilegiado e ator social na formulação das políticas.<sup>152</sup>

<sup>151</sup> Entrevista concedida por Ricardo Marins, jun. 2005.

<sup>152</sup> Entrevista concedida por Pedro Chequer, jun. 2005.

Estas primeiras falas mostram um entendimento do gestor federal de que o campo efetivo de atuação das ONGs se daria no controle social, com base no seu papel histórico no combate à epidemia e na própria legislação do SUS, a qual legitima a participação da comunidade na formulação e fiscalização das políticas públicas.

Uma segunda forma de se pensar a divisão de papéis relaciona-se aos serviços ou atividades que compõem a política pública de combate ao HIV/Aids. A fala mais geral dos gestores identifica que a grande contribuição das ONGs se dá nas atividades de prevenção e assistência junto às populações mais vulneráveis:

As organizações da sociedade civil acabaram ocupando espaços que não foram destinados a elas. Foi uma concessão política, mesmo, de tensões para ter um financiamento, porque evidentemente a sociedade civil cobrava uma política efetiva, uma política decente de assistência, forçando o Estado para isso. Nessa tensão, as organizações acabaram assumindo um papel crucial nos dois campos. Na prevenção, por absoluta incapacidade governamental de fazer isso. A epidemia surgiu inicialmente naquilo que chamamos sociologicamente de “mau sujeito”. A pessoa sem identidade, sem rosto, sem expressão política. São os homossexuais, os profissionais do sexo... Essas pessoas viviam na clandestinidade. Para acessar essa população com medidas de prevenção, não era simples. E, além disso, o Estado, o serviço de saúde, não tinha a menor capacidade – mal consegue fazer assistência, quanto mais pensar numa política de prevenção para o Brasil inteiro; este papel as organizações da sociedade civil acabaram assumindo. Simplesmente era isso, não havia saída.<sup>153</sup>

A divisão de trabalho ocorre principalmente na área de prevenção. Tudo que é ação de prevenção em comunidade se cristalizou nas ONGs, enquanto cabia ao Estado gerar infra-estrutura. Garantir preservativo, garantir outros insumos, material educativo, recurso, enfim, cabia muito mais oferecer as condições para que as ONGs intervissem. Especialmente para grupos mais vulneráveis, criou-se o discurso de que essas ONGs teriam maiores condições de acessar essa população, a linguagem etc.<sup>154</sup>

A partir de uma dinâmica institucional estabelecida, com repasse de recursos, o que as instâncias governamentais percebem que elas não têm condições de fazer? É o que se diz: todo trabalho de prevenção dirigido para as populações consideradas mais vulneráveis é feito pelas ONGs. A “prevenção” é feita pelas ONGs.<sup>155</sup>

Os motivos dessa parceria já foram explicitados no capítulo anterior e aparecem novamente nestas falas: capacidade de acesso aos grupos vulneráveis, legitimidade e maior eficiência das ações, a partir do conceito de educação entre pares, de *outreach* e de estruturas mais flexíveis de trabalho. Além disso, nota-se a inexistência de ações governamentais, bem como as dificuldades de acesso a essas populações.

---

<sup>153</sup> Entrevista concedida por Karen Bruck, jun. 2005.

<sup>154</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro, maio 2005.

<sup>155</sup> Entrevista concedida por Cristina Câmara, jul. 2005.

Parece ficar explicitado também um movimento de “ocupação de espaços” feitos pelas ONGs, a partir da não existência de ações governamentais. Na medida em que a ocupação desses espaços foi gerando reconhecimento e efetividade das ações desenvolvidas, tal divisão vai se consolidando. As falas dos gestores em momento algum apontaram uma resistência ou recusa do Estado em permitir a consolidação dessa divisão.

Explicita-se, também, a responsabilidade governamental na área de assistência, relativa à rede hospitalar de saúde e à disponibilização de medicamentos e insumos de prevenção. Nesta visão, destaca-se a existência de uma infra-estrutura estatal para garantir serviços dessa natureza e a impropriedade em se colocar a garantia de saúde da população a cargo de ONGs. Haveria clareza quanto a essa responsabilidade por parte do Estado, até mesmo em função do processo do SUS:

É papel do governo dar assistência completa, o tratamento universal a todas as pessoas infectadas. Garantir a saúde da população é responsabilidade do Estado. Nunca pode ser jogado para ONG, que nem tem estrutura, condições, equipe para fazer isso. A parte de assistência relativa às concorrências, desse apoio do governo aos projetos, é para as Casas de Apoio. É o único caminho em que entra a ONG com esse viés de assistência. Mas que também não entra na parte de exame, de testes, de medicamento, nada disso. Ela dá abrigo, suporte psicológico, alimentação para pessoas que não têm para onde ir. A parte do governo, do Estado, ainda fica com ele: internar, dar medicamento, providenciar exames, é o Estado que faz.<sup>156</sup>

Sempre houve uma noção muito clara da responsabilidade. Determinadas coisas como a prestação do serviço de atenção médica, criação de serviços, mobilização de medicamentos, eram muito claramente papel e responsabilidade do Estado e nunca nenhuma iniciativa nesse sentido por parte das ONGs foi apoiada. Nós já tínhamos a Constituição, nós já tínhamos o SUS, tudo isso era muito claro.<sup>157</sup>

E de fato, ao longo dos últimos anos, coube ao Estado desenvolver uma estrutura hospitalar-ambulatorial que oferecesse serviços de diagnóstico e tratamento. Tal estrutura se materializou no credenciamento de laboratórios e de hospitais para internação de pacientes, e na implantação de uma rede alternativa de assistência formada por serviços como o Hospital-Dia (HD), o Serviço de Assistência Especializada (SAE), e a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) (Ministério da Saúde, 1997b), além de sistemas logísticos de controle de

---

<sup>156</sup> Entrevista concedida por Lilia Rossi, nov. 2004.

<sup>157</sup> Entrevista concedida por Paulo Teixeira, maio 2005.

medicamentos (SICLOM),<sup>158</sup> exames laboratoriais (SISCEL), (Unesco, 2005) e insumos de prevenção.<sup>159 160</sup>

Ainda assim, os gestores destacam as inovações trazidas pelas ONGs no campo da assistência e os seus reflexos na política governamental. O trabalho das ONGs neste campo é visto como complementar à estrutura que se cria no Estado, gerando inovações no que tradicionalmente se entendia por assistência:

Ambulatórios, internação, hospital-dia, tudo isso praticamente ficou com a área governamental. A ONG começou a trabalhar de forma muito ligada à assistência paliativa, especialmente com casas de apoio, com grupos de auto-ajuda, com grupo de adesão, mas essas modalidades sempre apoiaram a iniciativa governamental. O foco principal está no governo, diferentemente dos países africanos, por exemplo, onde a prestação de serviço muitas vezes cabe às ONGs, principalmente as internacionais.<sup>161</sup>

No campo da assistência o papel também foi muito maior do que se imaginava, porque a assistência tinha um conceito muito mais amplo do que apenas medicamento [...] Ampliou-se a perspectiva de quem tinha assistência para um campo muito maior, que incluía uma política de assistência social. É o que se chama de “assistência integral”, que na prática o Estado não consegue executar por incapacidade do pessoal, por incapacidade de recursos.<sup>162</sup>

Com base nas falas dos gestores, buscamos outras evidências que pudessem sustentar a hipótese de divisão de trabalho, a evidenciar um foco em populações vulneráveis. É fácil perceber na leitura dos diversos relatórios de gestão dos acordos de empréstimo a menção às ONGs, especialmente nos capítulos referentes a ações de prevenção, assistência e direitos humanos junto a populações vulneráveis. O mesmo ocorre nos relatórios do Banco Mundial, a ressaltar essa função das ONGs.<sup>163</sup>

Adicionalmente, buscamos obter dados a respeito dos projetos financiados pelo PN por meio dos acordos de empréstimo com o Banco Mundial e os respectivos públicos-alvo de

---

<sup>158</sup> A aquisição dos medicamentos anti-retrovirais é feita de forma centralizada pelo Ministério da Saúde, e os recursos financeiros disponibilizados em 2004 atingiram o montante de 567,6 milhões de reais, com estimativa de gastos de aproximadamente 950 milhões de reais (Ministério da Saúde, 2005c).

<sup>159</sup> Para os objetivos deste trabalho, não abordaremos com maior profundidade as respostas do Estado no campo da assistência. A menção a tais serviços mostra em linhas gerais de que forma se construiu a ação do Estado, a partir dessa lógica de divisão de trabalho estabelecida ao longo da epidemia. Alguns dados consolidados mostram a implantação de 951 Serviços Assistenciais nas modalidades de SAE, HC, HD e ADT, além de 156 Laboratórios de Monitoramento (70 de Carga Viral, 82 de CD-4 e 15 de Genotipagem) em todo o país, até este momento (Ministério da Saúde, 2005c).

<sup>160</sup> Em 2004 as fontes governamentais adquiriram 650 milhões de preservativos masculinos, havendo a previsão em 2005 de esse número chegar a 1 bilhão (Ministério da Saúde, 2005c).

<sup>161</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro, maio 2005.

<sup>162</sup> Entrevista concedida por Karen Bruck, jun. 2005.

<sup>163</sup> “Bank Assistance also stimulated and nurtured public-private partnerships by making financing available for contracts with NGOs and the private sector to carry out critical components of prevention and care efforts, thus expanding considerably Program capacity and coverage, especially in reaching marginalized and hard-to-reach groups” (The World Bank, 2004:x).



cada um deles. A primeira fonte de informações foi um relatório do Banco Mundial (The World Bank, 2004). A Tabela 1 traz um resumo consolidado dos projetos de ONGs apoiados durante o Aids I e o Aids II. É possível perceber que boa parte dos projetos se destina a populações vulneráveis, com destaque para aqueles voltados a homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo,<sup>164</sup> além dos projetos de assistência para pessoas vivendo com HIV/Aids.

**Tabela 1 – Brasil – Número de projetos de ONGs apoiados – Aids I e Aids II**

<b>Público-alvo</b>		<b>Aids I</b>	<b>Aids II</b>
<b>Prevenção</b>			
Usuários de Drogas Injetáveis		15	171
Homossexuais		28	193
Profissionais do Sexo		54	285
Juventude (total):		73	192
	Crianças em idade escolar		17
	Adolescentes		56
	Crianças e adolescentes		119
População pobre		14	160
Mulheres		40	213
Outros (total):		220	495
	Sustentabilidade de ONGs		120
	IEC */ Desenvolvimento Institucional		118
	Profissionais de saúde e educação		83
	Populações reassentadas		62
	Prisioneiros		48
	Caminhoneiros		26
	População indígena		24
	Garimpeiros		10
	Incapacitados		4
Subtotal em Prevenção		444	1.709
<b>Tratamento e assistência</b>		140	454
<b>Total geral</b>		584	2.163
<b>Total planejado</b>		261	não planejado
<b>Total de ONGs apoiadas</b>		181	795

\* IEC: “Informação, Educação, Comunicação”. Fonte: The World Bank, 2004:8.

Buscando outras fontes de informações que servissem de contraponto ao relatório do Banco Mundial, tivemos acesso a dados mais detalhados e que trazem outras importantes oportunidades de comparação. A Tabela 2 (Anexo I) mostra os dados disponíveis em dois

<sup>164</sup> Na visão do Banco Mundial (2004), as três populações de maior risco à infecção pelo HIV/Aids.

relatórios internos do PN (Ministério da Saúde, 1998b e 1999b) sobre os projetos de ONG financiados entre 1993 e 1998.

Nesse período, os principais públicos das ONGs foram pessoas vivendo com Aids e familiares (num total de 20,03% dos projetos),<sup>165</sup> adolescentes (11,99%), profissionais do sexo (11,36%), mulheres (9,78%), casas de apoio (9,62%), homossexuais (5,99%) e usuários de drogas injetáveis (4,42%), ao passo que os projetos destinados à população em geral totalizaram 5,84% do total.

Por fim, temos uma série de tabelas derivadas de uma lista com os projetos financiados pelas agências das Nações Unidas no âmbito dos acordos de empréstimo entre 1999 e 2005.<sup>166</sup> No site do PN apenas estão disponíveis os projetos financiados em Aids I. Para os projetos a partir de 1999 não há maiores informações.<sup>167</sup>

A vantagem desta base de dados em relação às anteriores se dá por mostrar também os projetos destinados a outros tipos de organizações que não ONGs. A Tabela 3 (Anexo I) traz o total de projetos financiados em cinco categorias: ONG, OG,<sup>168</sup> Universidades,<sup>169</sup> Hospitais<sup>170</sup> e outros.<sup>171</sup> O objetivo é mostrar a evolução no número de projetos financiados ano a ano dentro de cada categoria, destacando o elevado número de projetos de ONGs, que respondem,

---

<sup>165</sup> A tabela traz duas linhas por nós somadas: pessoas vivendo com Aids (10,41%) e pessoas vivendo com Aids e familiares (9,62%).

<sup>166</sup> A tabela apresentada não é de domínio público e nos foi disponibilizada por um funcionário da Unesco. Originalmente continha apenas uma lista bruta de todos os projetos financiados pela Unesco e UNODC (em um total de 5.242), sem distinção entre as diversas organizações, que incluíam ONGs mas também Organizações Governamentais (OG), universidades, fundações de apoio universitário e hospitais. Nosso trabalho consistiu em tentar categorizar esses projetos para que separássemos aqueles efetivamente implantados por ONGs (considerando, obviamente, a grande diversidade de organizações existentes) em relação aos executados por essas outras instituições. Além disso, a tabela continha um maior detalhamento quanto às categorias de populações acessadas e aos anos (se comparada à tabela do Banco Mundial), o que permitia novos ângulos de comparação.

<sup>167</sup> Essas informações não nos foram repassadas quando da visita ao PN, em junho de 2004, sob a alegação de que estavam sendo sistematizadas e que não havia um resumo consolidado que pudesse ser disponibilizado ao público. Apesar disso, entendemos que a informação vinda de um organismo como a Unesco traz credibilidade suficiente para que possa ser apresentada, considerando que a agência tem papel crucial na gestão dos acordos de empréstimo com o Banco Mundial e assina uma série de convênios com as ONGs e outras instituições que recebem recursos na área de HIV/Aids. Além disso, essa base de dados é altamente significativa, uma vez que nesse período, Unesco e UNODC gerenciaram a grande maioria dos convênios envolvendo recursos do Banco Mundial.

<sup>168</sup> Prefeituras, Consórcios Intermunicipais, Programas e Secretarias Estaduais. Esses convênios se destinam à implantação de projetos pontuais ou estratégicos em estados e municípios e são complementares ao planejamento geral feito diretamente com o governo federal. Portanto, tais dados devem ser interpretados com cautela, uma vez que a análise completa só poderia se dar por intermédio da análise dos Planos Anuais de cada estado e município, o que ultrapassa em muito o escopo do presente trabalho. Ainda assim, consideramos úteis os cruzamentos de dados feitos, os quais possuem significância numérica que não é desprezível.

<sup>169</sup> Incluindo fundações de apoio universitário e centros de estudo ligados às universidades.

<sup>170</sup> Incluindo associações de profissionais ligados a hospitais (como médicos e enfermeiros).

<sup>171</sup> Inclui associações de classe e organismos internacionais, entre outros que não se encaixavam nas demais categorias.

em todos os anos, por mais de cinquenta por cento do total de projetos. Com isso, pode-se verificar a extensão e a importância de sua atuação dentro da política nacional de combate ao HIV/Aids.

A Tabela 4 (Anexo I) traz um consolidado com a divisão de públicos-alvo dentro das cinco categorias. Os principais públicos das ONGs foram portadores do HIV/doentes de Aids (15%), homossexuais (13,04%), profissionais do sexo (10,94%),<sup>172</sup> mulheres (8,91%), usuários de drogas injetáveis (6,81%) e população em situação de pobreza e/ou moradores de rua (6,70%), ao passo que os projetos destinados à população em geral totalizaram 8,88% dos projetos.

Para melhor comparar, vejamos os percentuais das outras instituições.

Os principais públicos dos projetos de OGs foram portadores do HIV/doentes de Aids (20,35%), seguidos por população em geral (15,99%), usuários de drogas injetáveis e profissionais de sexo (ambos com 14,75%) e crianças, adolescentes e adultos jovens, exceto aqueles em situação de rua (com 5,30%).

As demais instituições – UNI, HOS e outras – possuem padrão relativamente semelhante, com altas porcentagens em projetos destinados a profissionais de saúde (25,95%, 16,67% e 33,73% respectivamente); portadores do HIV/doentes de Aids (17%, 35,12% e 12,05 respectivamente); e população em geral (12,08%, 6,55% e 13,25%).

Nessas três categorias, projetos com usuários de drogas correspondem a 3,36%, 2,98% e 7,23% respectivamente. Projetos com homossexuais correspondem a 1,79%, zero e 1,20%, respectivamente. Por fim, projetos com profissionais do sexo correspondem a 0,67%, 3,58% e zero.

Se por um lado os dados parecem confirmar a hipótese da divisão de trabalho, por outro lado nos chamou a atenção o resultado para projetos de OGs. Mesmo apresentando um percentual maior de projetos destinados à população em geral (se comparado com o percentual de ONGs), ainda assim apresentou porcentagens significativas também para projetos de usuários de drogas e profissionais do sexo, o que sugere que as instâncias governamentais também estão inserindo essas populações em suas políticas de prevenção.

---

<sup>172</sup> A tabela traz três linhas por nós somadas: profissionais do sexo (5,89%), profissionais do sexo feminino (3,35%) e profissionais do sexo masculino (1,70%). Procederemos desta mesma forma na análise dos demais dados dessa população.

Nossa expectativa inicial era de que os projetos destinados à população em geral fossem superiores, o que não se confirmou.

Esta análise foi complementada pela comparação dos percentuais a partir do total de projetos por população (Tabela V – Anexo I). Quanto aos projetos voltados para casas de apoio e para crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids em situação de abrigo e grupos de convivência, todos foram implantado por ONGs. Para outras populações também há percentuais elevados: profissionais do sexo masculino (92,42%), crianças, adolescentes, adultos jovens, em situação de rua e/ou internos em instituições (90,63%), homossexuais (86,64%), entre outras.

No caso de OGs, as populações que mais tiveram projetos foram saúde mental (52,17%), usuários de drogas injetáveis (34,47%), portadores de deficiência (33,33%) e profissionais do sexo feminino (30,60%).

Quanto às universidades, as principais populações que tiveram projetos implantados foram portadores de DST (54,55%), profissionais de saúde (47,93%) e profissionais de saúde e educação (40,91%). Entre os hospitais, as principais populações que tiveram projetos por eles implantados foram saúde mental (26,09%), grupos de adesão e população em assentamentos e acampamentos urbanos (ambos com 14,29%) e profissionais de saúde (11,57%). Quanto aos “outros”, as principais populações que tiveram projetos implantados foram empregadores e empregados no local de trabalho (12,77%) e profissionais de saúde (11,57%).

A partir da complementação com os dados da Tabela 5, parece ser possível confirmar a hipótese da divisão de trabalho,<sup>173</sup> no entanto mais suavizada do que a princípio imaginávamos. Ainda que percentualmente projetos de ONGs às diversas populações sejam mais significativos (alguns casos chegando ao total), não se pode desconsiderar a existência de muitos projetos de OGs para essas mesmas populações – para além, portanto, do trabalho com a população em geral.

Essa confirmação também se mostra possível com base na comparação com as demais categorias, que concentram seus trabalhos no atendimento a outros públicos, como profissionais de saúde e educação. As porcentagens relativas a portadores do HIV/doentes de

---

<sup>173</sup> Não há dados disponíveis sobre o número de pessoas acessadas desses projetos, e, para o escopo do trabalho, não se mostrava adequado inserir a variável “valor dos projetos” nesta base de comparação. Da mesma forma, não há dados que possam comparar a qualidade das ações desempenhas. Portanto, ressaltamos novamente a necessidade de cautela na interpretação dos resultados.

Aids tendem a ser por nós interpretadas como a gama de projetos voltados a pesquisa e tratamento, diferindo portanto da natureza dos projetos implantados por ONGs.

Avançando um pouco mais na constatação de que as ONGs acabaram assumindo os trabalhos de prevenção – e alguns de assistência – junto a populações mais vulneráveis, aspecto este que possibilita evidenciar uma divisão de trabalho – ao mesmo tempo em que cabe ao Estado a criação de infra-estrutura hospitalar-ambulatorial e a compra de insumos e medicamentos –, cabe uma descrição geral<sup>174</sup> de algumas das características desses projetos, uma vez que sob o rótulo “ações de prevenção” podemos encontrar uma gama imensa de atividades.

Uma primeira constatação é a de que os projetos trazem uma abordagem mais ampla do que se entende tradicionalmente por prevenção. Como já explicitado, não se trata simplesmente de repassar informações às pessoas para que evitem a infecção pelo HIV, de forma automática e teórica. Predomina nesses projetos um trabalho de educação pelos pares e abordagens face-a-face, por meio do qual se enfatiza o repasse de informações sobre DST, Aids e cuidados com a saúde em geral de uma forma que considera o contexto específico dessas populações (Ministério da Saúde, 2002c).

Além disso, busca-se oferecer diversas atividades – oficinas de sexo seguro; atividades que abordem auto-estima, preconceito e estigma; atividades lúdicas como teatro, sessões de cinema e outras formas de confraternização; aconselhamento – tudo isso de forma a estreitar laços de contato com tais populações e oferecer meios de maior integração social e afirmação de direitos. Temas como direitos humanos, violência, protagonismo e organização social estão presentes.

Parece haver um diferencial “comunitário” nos projetos, por meio do qual as ONGs buscam tornar-se um referencial importante para os públicos com os quais trabalham. Um lugar no qual as pessoas possam se informar, obter insumos de prevenção, orientação jurídica, participar de grupos de auto-ajuda, fortalecer sua auto-estima, trabalhar aspectos de sua cidadania, envolver-se em trabalhos voluntários e ter um ponto de apoio sempre que necessário.<sup>175</sup>

---

<sup>174</sup> Procuramos ressaltar alguns dos aspectos mais gerais dos projetos de ONGs, a partir de relatos da literatura especializada, documentos do Ministério da Saúde e visitas de campo realizadas.

<sup>175</sup> Aqui, inúmeros exemplos podem ser dados: ONGs como o Grupo Dignidade, de Curitiba-PR, e o CAAIDS, de São Gonçalo-RJ realizam grupos de discussão e apoio para adolescentes e jovens homossexuais, nos quais, além da questão específica da prevenção ao HIV/Aids, se abordam também questões relativas à auto-estima e à aceitação da orientação sexual. Outras ONGs, como o Grupo Fio da Alma, criaram espaços de convivência e confraternização para prostitutas, desenvolvendo uma série de atividades relativas à prevenção, cuidados com o corpo e fontes alternativas de renda.

No anexo II deste trabalho constam alguns dos materiais de trabalho utilizados pelas ONGs e que também ilustram as características que aqui descrevemos. Parece também haver um aspecto “multidisciplinar” nos projetos, abordando-se questões que vão além de assuntos exclusivamente voltados à área de saúde.

Outro aspecto importante é a participação das ONGs na distribuição de insumos de prevenção para sexo seguro.<sup>176</sup> Diversas ONGs em todo o país recebem periodicamente cotas desses insumos para distribuição no âmbito dos projetos conveniados. Tal distribuição é crucial se considerarmos o trabalho com populações de difícil acesso, sem tradição de acesso aos serviços públicos de saúde, o que complementa a disponibilização desses insumos também feita no serviço público.

Novamente, a capacidade de capilarização das ONGs é aproveitada para promover ampliação de cobertura e disponibilização de insumos onde se faz necessário. Além disso, muitos trabalhos de ONGs buscam criar o hábito de buscar os preservativos também nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e postos de saúde.<sup>177</sup>

Os quadros (também constantes do anexo II) (Ministério da Saúde, 2001b e Unesco, 2005) mostram tentativas de sistematizar as principais atividades desenvolvidas nos projetos de ONGs apoiados pelo PN ao longo destes últimos anos. Aqui são descritas apenas atividades, sem levar em conta os públicos aos quais são dirigidas.

Esse leque de atividades e serviços mostra um papel no desenvolvimento de ajuda mútua, esclarecimento e conscientização de direitos básicos e a possibilidade de reconstrução de laços sociais rompidos em face da Aids. Conseqüentemente, pode contribuir para a reinserção social de pessoas vivendo com HIV/Aids e seus familiares, bem como os grupos mais vulneráveis ao HIV (Ministério da Saúde, 2001b). Eles também nos mostram que, apesar da divisão de trabalho, as atividades desenvolvidas por ONGs assumem um aspecto bastante amplo, atuando junto à população em geral e no acompanhamento de políticas públicas. No entanto, muitas dessas atividades são realizadas junto às populações mais vulneráveis, conforme verificamos ao mostrar o resumo consolidado dos projetos apoiados, bem como os públicos-alvo dessas organizações.

---

<sup>176</sup> Que basicamente se constituem no preservativo masculino, o feminino, o gel lubrificante e *kits* de redução de danos (em caso de uso de drogas).

<sup>177</sup> O Centro de Convivência Joana D’Arc, que trabalha com a população GLBT na região da Baixada Santista, além de distribuir camisinhas nas suas ações de intervenção, também distribui “vales” que podem ser trocados por preservativos nas UBS do município. Além de incentivar o hábito de acessar o serviço público, essa atividade permite monitorar se tal acesso de fato está se dando, mapear as regiões onde há maior demanda por preservativos e quais UBS são mais acessadas. Ao mesmo tempo, estabelece-se uma parceria local que busca sensibilizar os servidores públicos dessas unidades para que recebam de forma adequada essa população.

Estes quadros são importantes porque destacam, além das atividades tradicionais de prevenção, serviços como assessoria jurídica e psicológica, que visam justamente trabalhar as diversas faces do conceito de vulnerabilidade dessas populações – e podem, portanto, ser considerados parte de um conceito “ampliado” de prevenção.

Destacam-se ainda os trabalhos mais voltados à área de assistência, em que também se dá uma contribuição das ONGs no acompanhamento do tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids e um trabalho de reinserção social dessas pessoas, o qual inclui atividades como geração de renda ou distribuição de cestas básicas.

Ao refletirmos sobre as características desses serviços, acreditamos ser possível afirmar que essas ONGs acabam por se assemelhar em diversos aspectos à chamada *Street-Level Bureaucracy* (Lipsky, 1980).

Lipsky (1980) mostra como algumas políticas públicas acabam sendo concretizadas de fato em escritórios repletos e nos encontros diários da *Street-Level Bureaucracy* com seus clientes – e não nas casas legislativas ou nos altos escalões da administração pública.<sup>178</sup>

A burocracia de rua é vista como a forma pela qual a maioria dos cidadãos “encontra o governo” (1980:3), representando uma importante instância de *policy delivery*. O trabalho dessa burocracia é que constituiria de fato os serviços entregues e fornecidos pelo governo, por meio da interação direta com os cidadãos. Os *street-level bureaucrats* atuam em áreas nas quais efetivamente há responsabilidade do governo, garantindo acesso a programas e provendo serviços e benefícios no âmbito destes.

Uma das justificativas para a importância dessa burocracia reside em seu impacto considerável na vida das pessoas. Suas interações são imediatas e pessoais e, de certa forma, medeiam implicitamente aspectos da relação constitucional dos cidadãos para com o Estado: “*In short, they hold the keys to a dimension of citizenship*” (1980:4).

Essas burocracias também são focos de controvérsia política, pelo fato de serem provedoras de benefícios públicos e mantenedoras da ordem. Ao longo do tempo, consolidaram sua força coletiva nos debates e discussões sobre o papel dos serviços públicos e nas controvérsias que afetam seus *status* e posição.

Ora, os trabalhos desempenhados pelas ONGs também se destacam pela proximidade e contato com seus públicos, e oferecem uma série de benefícios. É exatamente nessa interação mais próxima que parte da política pública de Aids é “entregue” às populações que dela necessitam, reforçando a afirmação feita no capítulo anterior de que no campo da Aids,

---

<sup>178</sup> O autor dá como exemplos dessa burocracia os professores, servidores da saúde, oficiais de polícia, assistentes sociais, juizes, defensores públicos e outros membros de cortes judiciais (1980:3).

as ONGs são a principal forma pela qual o Estado e algumas de suas políticas chegam efetivamente a grupos marginalizados e de difícil acesso.

Ao mesmo tempo, as ONGs também se consagraram pela defesa de direitos dessas populações, buscando atuar em seu benefício. Também se assemelham à burocracia de rua por causa dessa expectativa associada à sua atuação, de que advoguem, usem seu conhecimento, habilidades e posição/*status* para assegurar a seus clientes o melhor tratamento, apesar das condições normalmente adversas de trabalho. Por esses motivos, hoje são consideradas interlocutoras privilegiadas e indispensáveis na formulação de políticas em HIV/Aids e se organizam coletivamente em fóruns locais ou estaduais.

Apesar dessas semelhanças, identificamos também duas diferenças – e as características normalmente apontadas como referenciais aos trabalhos de ONGs podem ser um contraponto a algumas das limitações atribuídas por Lipsky (1980) a essa burocracia.

A primeira refere-se ao fato de que, para essa burocracia, os clientes atendidos não costumam ser uma referência primária ou fazer parte de seu grupo de referência, o que pode gerar resistência ou menor qualidade no atendimento às demandas desses clientes (Lipsky, 1980:47).<sup>179</sup>

Os clientes da *street-level bureaucracy* são considerados não-voluntários, ou seja, geralmente não podem obter esses mesmos serviços em outro lugar, por não poderem pagar por eles ou por não terem pronto acesso.

Dadas as características apontadas do trabalho das ONGs no campo da Aids, podemos afirmar que, ao menos conceitualmente, a estratégia de educação entre os pares pode ser uma possível saída para esta dificuldade na interação entre cidadãos e a burocracia, notadamente onde os aspectos de vulnerabilidade dificultam o acesso aos serviços disponibilizados pelo Estado.

Da mesma forma, o aspecto “não-voluntário” dos clientes parece assumir contornos diferentes no trabalho das ONGs, justamente em virtude do *outreach work*. Ou seja, é a própria ONG quem “busca” os seus clientes, ou o público que deseja acessar, diferentemente da burocracia de rua, que na maioria dos casos se concentra no local de trabalho e a partir de lá interage com os clientes que a procuram. Além disso, é justamente a capacidade de acesso e

---

<sup>179</sup> Por terem esse tipo de clientela, a burocracia não pode ser por ela controlada, ou seja, geralmente não tem nada a perder ao falhar em satisfazer seus clientes, mesmo porque a tendência da demanda é a de ser cada vez maior e a insatisfação de um cliente pode ser resolvida com sua substituição por outro que esteja disposto a aceitar as condições (insatisfatórias) de atendimento oferecidas. [pelo que entendo, não é a demanda, mas o número de profissionais. Lembra do que eu disse? Demanda tem o sentido inverso]



de aceitação da clientela para as suas atividades um dos elementos mais importantes para o sucesso na avaliação das ações das ONGs.<sup>180</sup>

A segunda diferença reside no fato de que ONGs podem estar livres das pressões de burocracias superiores. Ou mesmo, podem não se comportar como burocracias no trato com seus integrantes. Lipsky parece estabelecer um *trade off* entre o desejo da *street level bureaucracy* em tratar seu cliente de modo mais personalístico e o comportamento da estrutura burocrática da agência na qual trabalha, que pede algo mais padronizado, o que poderia gerar alienação no trabalho e separar o cliente do servidor público.

A estrutura mais flexível de trabalho e a ausência de um controle hierárquico direto podem representar uma forma de contornar esse problema e garantir que os aspectos mais pessoais e humanitários valorizados no trabalho possam ser, de fato, implementados.

Ou seja, na política de combate ao HIV/Aids, podemos afirmar que o Estado apoiou ONGs que, por meio de suas atividades, assemelhavam-se em diversos aspectos às burocracias de rua e, conseqüentemente, personificaram e incorporaram a importância que estas atividades representam para populações-alvo da política de HIV/Aids, especialmente as que apresentam aspectos de vulnerabilidade.<sup>181</sup>

Outro ponto importante que também merece destaque é a articulação, principalmente com os serviços de saúde – como no caso dos insumos de prevenção –, que busca justamente referenciar essas populações ao serviço público e garantir melhor recepção e atendimento por parte dos servidores públicos. Apesar disso, uma das gestoras destaca a falta de sintonia muitas vezes existente no serviço público de saúde:

Eu acho que isto está mais claro hoje – entre as ONGs e no Estado, também. O meu papel [Estado] é o atendimento, ou seja, a retaguarda das informações que as ONGs passam para a sociedade, para a comunidade. Então, se há um nível de informação grande, de intervenção grande na comunidade, obrigatoriamente tem que haver um reflexo no serviço de saúde. Mas não há nenhuma preparação, de um posto de saúde, de um serviço de saúde local com relação às ações de intervenção que as ONGs estão fazendo. Ainda não é uma ação total compartilhada. Muitos serviços de saúde

---

<sup>180</sup> Embora esse aspecto seja também repensado no próprio serviço público, a partir de diversas experiências, como as já mostradas do PACS e PSF e em outras, como os juizados itinerantes, campanhas de combate a doenças endêmicas como a dengue ou serviços de atendimento consular para imigrantes ilegais; são serviços por meio dos quais o Estado busca ativamente os públicos-alvo para suas políticas públicas, levando os serviços de que necessitam.

<sup>181</sup> Lipsky (1980) mostra que quanto mais pobres são as pessoas, mais dependerão dos serviços da burocracia de rua, pelo fato de serem clientes não-voluntários. Na questão da Aids, os aspectos de vulnerabilidade, como já mostrados, não se referem apenas àqueles tradicionais como renda e gênero, mas englobam os aspectos relacionados às formas de transmissão do vírus, como a expressão sexual e o uso de drogas, daí a importância que se atribui a esses trabalhos de ONGs e a sua comparação com a importância atribuída à burocracia de rua. Ou seja, parece razoável afirmar que, quanto mais aspectos de vulnerabilidade uma pessoa possuir, mais necessitará dos serviços com as características daqueles prestados pelas ONGs.

desconhecem o que está sendo feito pelas ONGs dentro do próprio local onde eles estão. É uma pena.<sup>182</sup>

Isso também reflete e reafirma a mudança nas relações Estado/Sociedade Civil que se deram entre os anos 80 e 90, desfazendo um maior antagonismo e caminhando rumo a relações mais cooperativas e de parcerias. Se considerarmos os momentos anteriores de polarização, pode-se afirmar que o modelo atual do programa tem criado condições institucionais para melhor aproximar Estado e ONGs, permitindo uma ação mais coordenada na condução da política pública de combate ao HIV/Aids e na prestação de serviços.

Concluindo, parece estar evidenciada uma divisão de trabalho no sentido de que, na evolução da epidemia de Aids no Brasil, os trabalhos dirigidos a populações mais vulneráveis – nas áreas de prevenção, assistência e direitos humanos – foram assumidos principalmente por ONGs, ao ponto que a criação da estrutura hospitalar-ambulatorial e compra de medicamentos e insumos ter ficado a cargo do Estado.

Novamente, quando ressaltamos esse aspecto de divisão, nossa intenção é enfatizar o fato de que tal trabalho ficou basicamente a cargo das ONGs, conforme as motivações apontadas no capítulo anterior. Mas não negligenciamos, entretanto, que as ONGs realizam outros tipos de atividades também direcionadas à população em geral – como mostram os quadros de atividades.<sup>183</sup>

A fala seguinte busca resumir o aspecto da divisão de trabalho, apenas chamando a atenção para um aspecto da prevenção relativo à vigilância epidemiológica, que também fica a cargo do Estado. No entanto, isso não invalida a forma como anteriormente expusemos a situação. Esse ponto ressalta também o caráter de complementaridade dessa divisão, na qual se busca atribuir às ONGs as atividades mais próprias de sua natureza e que poderiam ser mais bem desempenhadas por elas.

Essa responsabilidade ficou assim: na prestação de serviços [na área médico-hospitalar], os insumos são responsabilidade do Estado, e as atividades de prevenção, de apoio social, de ativismo, luta pelos direitos ficam com a sociedade civil. Mas não podemos colocar como “prevenção” e “assistência”, porque grande parte da responsabilidade continuava sendo do Estado através das campanhas, do controle de sangue, da bio-segurança etc. Mas havia esse caráter de ver o que era complementar e o que era mais próprio da natureza de uma associação comunitária. Evidentemente, nós sempre levamos em conta a própria questão gerencial – determinadas coisas que

---

<sup>182</sup> Entrevista concedida por Vera Menezes, ago. 2005.

<sup>183</sup> Como visto na Tabela 4, do total de projetos destinados à população em geral entre 1999 e 2005, 58,03% foram implantados por ONGs e 28,10% por OG.

podiam ser feitas por uma ONG do ponto de vista legal e que seriam muito mais difíceis para o Estado fazer.<sup>184</sup>

Dentro desta imensa gama de atividades e de projetos, gostaríamos agora de destacar dois serviços em especial. Constitucionalmente, esses serviços são previstos como obrigação do Estado mas, ao longo da história da epidemia, acabaram sendo prestados por ONGs e hoje são tidos como referência. Trata-se dos serviços de *advocacy*/assessoria jurídica e das casas de apoio. Esses exemplos mostram a atuação das ONGs em atividades tipicamente consideradas como serviço público, no sentido de serem de prestação obrigatória por parte do Estado, com previsão constitucional – via Defensoria Pública e Serviços de Saúde. Esta constatação traz elementos importantes para a reflexão sobre a noção de serviço público e as possibilidades de sua transferência a entes privados.

## 4.2 Advocacy e Assessoria Jurídica

Entre os projetos de ONGs financiados pelo PN, uma das possibilidades era a criação de assessorias jurídicas para defesa de direitos (*advocacy*)<sup>185</sup> e o patrocínio de causas perante o Poder Judiciário.

Galvão (2000:69-70) atribui ao GAPA-SP a criação do primeiro serviço de assessoria jurídica para pessoas vivendo com HIV/Aids, que teria feito surgir no Brasil a preocupação com seus direitos e que serviu de modelo para outras ONGs. Parker (2003:25) também destaca os programas de ajuda legal criados por ONGs, como o do Grupo Pela Vidda, e sua importância na condução de ações judiciais estratégicas em defesa de direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids.

A primeira observação de cunho mais geral refere-se a um uso estratégico das leis nacionais pelo movimento de Aids no Brasil: a ida ao Poder Judiciário e a reivindicação de direitos tornaram-se uma prática recorrente, evidenciando, portanto, o papel dessas assessorias jurídicas. Foi este princípio – o uso do direito como instrumento de intervenção nas políticas públicas – que orientou a formação das primeiras assessorias jurídicas voltadas para pessoas vivendo com HIV/Aids (Ministério da Saúde, 2002d).

---

<sup>184</sup> Entrevista concedida por Paulo Teixeira, maio 2005.

<sup>185</sup> *Advocacy* [...] diz respeito a uma ação de Advocacia e Defesa em um sentido público [...] que emerge no âmbito da sociedade civil organizada e não do Estado [...] abre para pensar ações de formulação de legislação e de políticas públicas além do acompanhamento e fiscalização de sua implementação (Rodrigues, 1999).

Ao pensarmos na criação e expansão desses serviços, tendemos a relacionar esse movimento às dificuldades enfrentadas pelo serviço estatal disponível – Defensoria Pública – em dar conta dessa nova demanda, especialmente no início da epidemia. Ao mesmo tempo em que havia essas dificuldades, as situações de violação de direitos iam se configurando e era preciso dar respostas.

Enquanto não havia uma institucionalização da Aids como questão que deveria efetivamente fazer parte da agenda dos órgãos estatais, as ONGs passaram a disponibilizar esses serviços e a atuar nessa esfera, representando, na prática, uma estratégia e uma medida/solução de ampliação do acesso à justiça de forma mais ágil e especializada (Ministério da Saúde, 2002d; Unesco, 2005) das pessoas com HIV/Aids e populações mais vulneráveis:

As ONGs/Aids vão criar assessoria jurídica porque o serviço público de assistência jurídica – vamos dizer assim – não funcionava, rejeitava. Não sabia o que dizer para aquele caso, que era novo e inusitado para ele. O Ministério Público hoje é um grande aliado, mas demorou a ser. A primeira ONG que vai criar assessoria jurídica é o GAPA de São Paulo, em 85, porque as pessoas estavam sendo demitidas do emprego, as pessoas não tinham medicamento, não tinham moradia. E havia a questão da hemofilia, o leque era amplo.<sup>186</sup>

Eu diria que esse tipo de ação é mais de caráter político, mas partiu de uma constatação do Estado de que suas instituições eram insuficientes e que o processo de construção é longo. Treze, catorze anos depois do início do projeto [do Banco Mundial] eu continuo com a mesma convicção: se eu não tiver as instituições comunitárias, ainda hoje não garanto a proteção necessária para essas pessoas.<sup>187</sup>

Num primeiro momento foi importantíssimo o trabalho do movimento social, porque absorvia demanda, organizava e apresentava ao Estado. E as ações individuais estavam gerando jurisprudência, o que facilitava a discussão.<sup>188</sup>

Nesses projetos, ONGs fornecem orientação jurídica sobre direitos envolvendo a temática da Aids e outros temas ligados à discriminação. Essa orientação pode se dar de várias formas: desde uma consulta jurídica sobre um tema específico até a intermediação junto a empresas e órgãos públicos<sup>189</sup> para reparação de alguma ilegalidade cometida, ou ainda *advocacy* para questões de caráter mais coletivo e de influência na elaboração de políticas públicas.

---

<sup>186</sup> Entrevista concedida por Cristina Câmara, jul. 2005.

<sup>187</sup> Entrevista concedida por Paulo Teixeira, maio 2005.

<sup>188</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro, maio 2005.

<sup>189</sup> Por exemplo, em órgãos públicos de assistência e previdência social.

Também auxiliam pessoas a buscar, junto ao Poder Judiciário, a satisfação de seus direitos violados pelo Estado, familiares e/ou empresas, disponibilizando advogados que efetivamente ingressarão com ações judiciais em defesa dessas pessoas. Estas podem assumir um caráter coletivo que influencia a política pública – como no caso da ação civil pública – ou um caráter individual – as chamadas “ações de balcão”. Em linhas gerais, os “objetos” mais comuns das ações judiciais se referem a:

- fornecimento de medicamentos pelo Estado, tanto os anti-retrovirais como aqueles destinados ao tratamento de doenças oportunistas, e garantia de tratamento na rede pública de saúde;
- realização periódica pelo Estado de exames de diagnóstico (CD4 e carga viral), imprescindíveis para avaliar o estágio de evolução da doença e conduzir o tratamento;
- garantia de atendimento da Aids e doenças a ela associadas por parte de planos privados de saúde;
- reintegração ao trabalho, quando comprovado que a demissão se deu tão-somente em virtude de a pessoa estar infectada com o vírus HIV e que sua condição física permitia o desenvolvimento de atividades laborais;
- indenizações por danos morais em virtude de discriminação pela condição de soropositivo ou doente de Aids;
- indenização por danos morais em virtude de discriminação por orientação sexual.

Pode-se dizer que adotam, em linhas gerais, “uma postura preventiva – evitando a ocorrência de lesões – e agressiva, valendo-se da ‘guerrilha’ jurídica como instrumento de expansão e conquista de novos direitos” (Campilongo, 1991, apud Ministério da Saúde, 2002d).

As ações para garantir medicamentos talvez sejam as mais emblemáticas deste trabalho, e sem dúvida foram essenciais no processo de decisão governamental em fornecer gratuita e universalmente o coquetel de medicamentos para pessoas vivendo com Aids. Era comum – e ainda é – o ingresso de ações judiciais solicitando à administração pública a efetiva disponibilização de medicamentos. Tais ações costumavam pedir a concessão de medidas liminares, o que obrigava a uma ação imediata do Estado para disponibilizar medicamentos.

Esse movimento de ingresso de ações judiciais e de concessão de liminares obrigou o Estado a repensar a sua política pública de assistência para portadores do HIV, no sentido de

institucionalizar e planejar a disponibilização de medicamentos dentro da rede pública, para que não fosse surpreendido a cada momento com novas liminares do Poder Judiciário.

Ou seja, as ações judiciais propiciaram uma série de decisões estabelecendo a obrigação do Estado em oferecer tratamento integral, gratuito e universal às pessoas portadoras do vírus HIV. Podem ser consideradas um dos principais incentivos ao gestor público para institucionalizar esta política de amplo acesso a medicamentos no SUS.<sup>190 191</sup>

Interessante observar que o estratégico uso das leis nacionais por esses grupos alcançou avanços jurisprudenciais significativos, que alteraram a postura interpretativa dos Tribunais sem alterar ou criar novas leis, e serviram para estimular a adoção de medidas urgentes no âmbito dos serviços públicos e mesmo no âmbito privado (Ministério da Saúde, 2002d:9).

Na visão de um dos gestores, os projetos de assessoria jurídica também explicitam um paradoxo dentro do próprio Estado, apontado como principal violador do direito das pessoas vivendo com HIV/Aids e das populações mais vulneráveis ao HIV/Aids. Ao mesmo tempo, por meio do apoio a projetos dessa natureza o Estado busca – ainda que indiretamente – formas de reparar essas mesmas violações e de garantir que elas não se repitam. Portanto, há também um forte caráter político nesses projetos, a extrapolar os limites estritamente jurídicos. Como mostrado anteriormente, a via jurídica tornou-se uma importante estratégia utilizada pelas ONGs para garantir os direitos de seus públicos.<sup>192 193</sup>

É óbvio que a dimensão não é só jurídica. Ela é política. E aí temos um paradoxo: as organizações passaram a ter as suas assessorias jurídicas que começaram a atuar, como uma militância mesmo, como ativismo. E foram tendo ganhos, foram construindo referências importantes no direito ao trabalho, no direito à escola, no direito à saúde. No início os hemofílicos eram o grande alvo do trabalho deles, e isso facilitou uma resposta pública a uma política de sangue, de chegar praticamente à situação ideal –

---

<sup>190</sup> Como foi visto, essa política tem dois marcos considerados mais importantes. O início da distribuição gratuita de AZT em 1991 e, a partir de 1995, a distribuição dos medicamentos do coquetel anti-Aids. A isso se seguiu, em 1996, a promulgação da Lei 9.313, de 13 de novembro, que declarou ser obrigação do Sistema Único de Saúde fornecer toda medicação necessária e tratamento às pessoas com HIV/Aids.

<sup>191</sup> Para Carlos Passarelli (entrevista concedida em maio 2005), as decisões favoráveis do Poder Judiciário se deviam à forma como a saúde foi caracterizada na Constituição Federal, como direito de todos e dever do Estado, o que acabou por dar legitimidade às ações dessas ONGs. Para ele, o Movimento de Aids soube assimilar bem os avanços trazidos pela Constituição e pela Reforma Sanitária na década de 1980.

<sup>192</sup> “Na verdade, o movimento, considerando a urgência das questões que envolviam a epidemia de Aids e a experiência brasileira de não implementação de diversas leis específicas, privilegiou a judicialização das reivindicações, sustentando a auto-aplicabilidade dos dispositivos constitucionais, e a atuação junto ao Poder Executivo através da participação em vários projetos, conselhos e comissões” (Ministério da Saúde, 2002d:8).

<sup>193</sup> Uma das hipóteses levantadas para essa característica se refere ao fato de que o encaminhamento de propostas pelas ONGs/Aids ao Legislativo e Executivo se mostra mais trabalhoso e demorado, em face das “dificuldades naturais na obtenção de consenso e no planejamento de políticas desse alcance” (Ministério da Saúde, 2002d:16, Ventura).

hoje não há infectados por transfusão de sangue. Eu acho que foi a própria Aids que trouxe esta novidade e colocou essa questão de conflito. A partir de 97 nós passamos a formalizar um apoio às assessorias jurídicas de organizações não governamentais. O governo passou a dar apoio aos projetos jurídicos onde se desenvolviam ações contra o próprio governo. Não só apontávamos que o maior violador de direitos era o próprio governo, o próprio Estado, mas ao mesmo tempo esse Estado reparava as violações, apoiando ações contra ele próprio. E havia uma resistência dentro do governo – “Você vai facilitar isso, ações contra nós mesmos?”<sup>194</sup>.

Projetos como esses permitem o estabelecimento de um sistema “paralelo” de vigilância e monitoramento em relação às ações do governo, que pode ser acionado cada vez que haja uma ilegalidade ou desrespeito a políticas governamentais estabelecidas, no campo do HIV/Aids ou de direitos humanos (Ministério da Saúde, 2002d). Podem ser encarados também como uma rede paralela “especializada” em relação aos serviços da Defensoria Pública e Ministério Público:

A gente está acompanhando um pouco o debate sobre licenciamento compulsório [de medicamentos], que é uma questão jurídica. Quando conversam com o promotor, com os juízes, as pessoas não sabem do que se trata. É o específico do específico. E por mais que você mostre que tem um impacto no cotidiano das pessoas, é um tema para o qual as pessoas não estão preparadas dentro do Judiciário. Se você criou um conhecimento a partir da prática e essa prática foi criada dentro das ONGs, elas têm que se apropriar um pouco desse campo. O trabalho que a assessoria faz é extremamente importante para responder à epidemia e até para criar jurisprudência, coisas que a defensoria pública sozinha não conseguiria.<sup>195</sup>

Ainda, na questão da divisão de trabalho, uma das estratégias que vêm sendo trabalhadas atualmente dentro da política de combate ao HIV/Aids se refere a uma maior interação entre as Assessorias Jurídicas das ONGs, por um lado, e as Defensorias Públicas e o Ministério Público, por outro:

As assessorias vêm tendo uma preocupação em institucionalizar essas respostas no âmbito das estruturas existentes. A ação civil pública é um pouco isso, criar jurisprudência, fazer com que o Estado e o Ministério Público assumam por si só esse canal de representante do cidadão, que é pra isso que eles servem.<sup>196</sup>

O relatório produzido pelo Ministério da Saúde sobre os projetos de assessoria jurídica de ONGs (2002d), afirma que um dos obstáculos na área governamental diz respeito à ausência de política institucional no sistema de justiça (Ministério Público – Estaduais e

---

<sup>194</sup> Entrevista concedida por Raldo Bonifácio, jun. 2005.

<sup>195</sup> Entrevista concedida por Carlos Passarelli, maio 2005.

<sup>196</sup> Entrevista concedida por Carlos Passarelli, maio 2005.

Federais –, Judiciário, Defensorias Públicas Estaduais e Federais) para atendimento das demandas específicas da epidemia de Aids e também à falta de capacitação específica e/ou sensibilização dos diversos profissionais do sistema de justiça – entre os quais a defensoria pública – e a não ampliação e qualificação dos serviços de Defensoria Pública e/ou ouvidorias nos órgãos públicos para atendimento das demandas específicas e gerais das pessoas com HIV/Aids.

Há um consenso de que as assessorias jurídicas das ONGs se centraram mais na proposição de demandas individuais, o que gera um grande número de ações judiciais e vem se mostrando insuficiente para estabelecer políticas públicas mais profundas e ampliadas. Como solução para esse problema e também para uma maior integração entre ONGs e Estado, uma das propostas é justamente transferir o elevado volume de demandas individuais para as defensorias públicas e deixar que as assessorias trabalhem, a partir do conhecimento acumulado e de sua capacidade de articulação política, projetos propositivos de reestruturação do Estado, que dêem conta dos problemas centrais de desenvolvimento que a epidemia vem suscitando (Ministério da Saúde, 2002d). Tal condição é vista hoje como necessária para legitimar os avanços já obtidos e não permitir retrocessos.

Concluindo, são estes os pontos que entendemos como relevantes na questão das assessorias jurídicas para reflexão sobre esta interface entre Estado e ONGs:

- atuação para dar respostas a direitos das pessoas soropositivas que não encontravam apoio no serviço estatal disponível, notadamente no início da epidemia;
- criação de serviços especializados nesta temática, com possibilidade de melhor análise das situações;
- encaminhamento ao Poder Judiciário de violações de direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids e de populações mais vulneráveis, com a obtenção de diversas decisões favoráveis e criando-se jurisprudência e novas interpretações, favoráveis, da lei (Ministério da Saúde, 2002d);
- influência dessas decisões sobre o gestor público e sobre a implantação de políticas públicas que garantissem direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids, como no caso do fornecimento gratuito de remédios e exames, e também no caso dos hemofílicos – gerando leis que obrigavam o teste HIV nas doações de sangue e a proibição da comercialização de sangue;
- novo enfoque de divisão de trabalho entre Estado e ONGs, a partir da maior interação proposta entre essas Assessorias e as Defensorias Públicas nos Estados e do estabelecimento mais institucionalizado dessa divisão, cabendo às Defensorias assumir a



propositura de ações de caráter mais individual, e, às Assessorias, as ações mais coletivas e de *advocacy* em políticas públicas.

### 4.3 Casas de Apoio

Outra atividade a ser destacada, na ótica da prestação de típicos serviços públicos por ONGs, refere-se àquelas que oferecem apoio para pessoas que desenvolveram sintomas em decorrência da Aids.

Materializada na figura da “Casa de Apoio”, essa atividade representou uma nova forma de enfrentamento da epidemia, por meio do apoio direto às pessoas vivendo com HIV/Aids que não tinham recursos financeiros ou que haviam sido abandonadas por seus familiares, em virtude do preconceito ou da falta de meios para tratá-los, diante dos sintomas da doença já desenvolvidos.

Essa iniciativa surge também em virtude das diversas situações (comuns no início da epidemia) nas quais portadores do HIV não conseguiam ser atendidos em hospitais, pela falta de leitos ou pela incapacidade do sistema público de saúde em oferecer tratamento adequado.<sup>197</sup>

Tais casas surgem a partir de trabalhos de instituições religiosas ou de extensão de trabalhos de ONGs junto a determinado segmento social (Ministério da Saúde, 1997a). São consideradas uma referência importantíssima nas respostas não-governamentais à Aids (Câmara & Lima, 2000), e a primeira iniciativa do gênero foi a Casa de Apoio Brenda Lee, criada por uma travesti na cidade de São Paulo, para abrigar travestis portadoras do HIV.

Basicamente, trata-se de um local de moradia e atendimento (Galvão, 2000:69), no qual podem ser oferecidos alimentação, cuidados básicos de saúde e higiene, transporte ao serviço público de saúde e assistência terapêutica, numa ótica de assistência multidisciplinar:

A Casa de Apoio surge com muita força no início da epidemia, porque não havia serviço estruturado. Podia até existir leito, mas não quem atendesse, quem soubesse tratar essa doença que estava surgindo. E a sobrevivência do paciente no início da epidemia era muito pequena, não havia medicamento, não havia conhecimento, assim a Casa de Apoio representava um lugar em que as pessoas minimamente podiam morrer com dignidade. Se eu estou com Aids e minha família me expulsa de casa, para onde eu vou? A Casa de Apoio entrou para dar esse suporte, para as pessoas que já

---

<sup>197</sup> Aspecto também ressaltado em entrevista por Vera Menezes, ago. 2005.

moravam sozinhas, que não tinham condições mínimas e também para as populações mais marginalizadas.<sup>198</sup>

Atualmente, a Casa de Apoio readquire importância dentro da política pública de combate ao HIV/Aids, ao instituir grupos de ajuda mútua para adesão ao tratamento, acompanhamento e reinserção social e familiar das pessoas vivendo com HIV/Aids, em um contexto de aumento da demanda por serviços assistenciais diante da redução da mortalidade, dos novos tratamentos disponíveis e de um processo de progressiva cronificação da doença.

No entanto, as Casas de Apoio não executam serviços de assistência e tratamento mais complexos e especializados, nem mantêm equipamentos hospitalares, não se confundindo, portanto, com clínicas e hospitais em geral.

Hoje elas voltaram a ter uma grande importância. As pessoas estão fazendo um tratamento que depende, em grande medida de adesão. Se o paciente não tem a família, ele precisa ter alguém o tempo todo, e não dá para ele estar no serviço de saúde o dia todo, não dá para ter uma auxiliar de enfermagem quando ele sai, andando com ele o dia todo; ele precisa tomar um medicamento, precisa comer antes. Hoje existem medicamentos que é preciso tomar em jejum, porque é um esquema de tratamento complexo. E o paciente tem tido essa possibilidade nas Casas de Apoio.<sup>199</sup>

A casa de apoio é vista como estratégia fundamental de cooperação entre o SUS e a comunidade, pelo fato de que a expansão da rede pública de serviços assistenciais não consegue suprir totalmente a demanda, havendo então a necessidade de promoção de “serviços assistenciais não institucionalizados” (Ministério da Saúde, 1997a) e que terão um papel complementar aos serviços de assistência oferecidos no SUS.

Parece se caracterizar novamente a atuação de ONGs em atividades tidas como típico serviço público e que, em um contexto de uma nova doença que surgia, conseguiram dar respostas para além do setor governamental. Essas respostas se transformam em referência para o tratamento de pessoas portadoras do HIV/Aids e passam a receber apoio do Estado para o desenvolvimento de suas atividades.

Nesse enfoque de complementaridade, busca-se nessa iniciativa justamente o diferencial que essas Casas oferecem desde o momento em que passaram a existir: o caráter mais próximo do tratamento, a possibilidade de maior acompanhamento do paciente e o oferecimento de uma estrutura parecida à de uma moradia, elementos estes que o Estado teria mais dificuldade em garantir.

---

<sup>198</sup> Entrevista concedida por Lilia Rossi, nov. 2004.

<sup>199</sup> Entrevista concedida por Moisés Taglietta, nov. 2004.

Atualmente, o apoio dado pelo PN às Casas de Apoio passa por reformulações importantes, as quais buscam estabelecer uma política específica de financiamento para tais iniciativas.

A Portaria 1.824, de 2 de setembro de 2004 (Ministério da Saúde, 2004c), que estabelece normas relativas aos recursos adicionais destinados a estados e municípios para o financiamento de ações desenvolvidas por Casas de Apoio, reconhece

o trabalho que vem sendo desenvolvido pelas Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/Aids, acolhendo-os temporariamente, apoiando-os e orientando-os quanto aos cuidados à saúde, promovendo a adesão aos medicamentos, e seu uso correto, bem como o fortalecimento de seus laços sociais e familiares, reintegrando-os à sociedade.

A Portaria, norma básica que disciplina essa política, estabelece alguns pontos que gostaríamos de destacar, para melhor entendimento da interação entre governo e ONGs:

- Necessidade de formulação de uma proposta estadual ou municipal que englobe as Casas de Apoio existentes (art. 3º) e seja revisada anualmente, pactuada junto à respectiva Comissão Intergestora Bipartite e depois enviada ao PN. Definição de valores por acomodação/mês, a partir dos quais se define o valor repassado à unidade federada (art. 4º) e, posteriormente, às casas de apoio.
- Definição da Casa de Apoio como pessoa de direito público ou privado, sem fins lucrativos, sem vínculo com empresas privadas prestadoras de serviços de saúde e que “aceitam disponibilizar aos usuários do SUS suas instalações para acomodação de caráter temporário ou de longa duração, desenvolvendo atividades de promoção à saúde, orientação, adesão e cuidado ao tratamento, reinserção social e familiar”.
- Caráter complementar ao tratamento terapêutico e de promoção da saúde oferecido pela rede do SUS, à qual devem se articular, respeitando as diretrizes estabelecidas por gestores locais (art 5º, § 6º).
- Não necessidade de manutenção de equipamentos para manutenção de funções vitais ou de assistência de enfermagem ou médica de caráter contínuo.

Alguns aspectos importantes devem ser mencionados:

- Não se fala em concorrência de projetos, tradicionalmente a forma de apoio aos demais projetos de ONGs. Os recursos serão transferidos de forma regular, por meio dos fundos de saúde federal e estaduais, o que sugere que, a partir de agora, o financiamento estatal se dará de forma contínua e planejada.

- O apoio inclui o planejamento por parte do gestor estadual e municipal (em alguns casos), o que insere novos atores nessa sistemática, a qual, pelo processo tradicional de concorrência, tendia a estabelecer uma relação mais direta entre governo federal e ONGs.
- A não necessidade de equipamentos para manutenção de funções vitais ou de assistência, a nosso ver, garante uma diferenciação em relação a clínicas e hospitais em geral e visa preservar o intuito original dessas organizações e evitar o risco de que se transformem em estruturas hospitalares ou ambulatoriais. Esta garantia também é expressa pela afirmação do caráter de complementaridade em relação à rede do SUS.

Uma das gestoras envolvidas diretamente no processo relata algumas das questões existentes na formulação dessa política. Aparece como ponto de tensão básico a opção entre institucionalizar a Casa de Apoio como típica prestadora de serviço do SUS ou caracterizá-la enquanto um serviço complementar e alternativo à rede de saúde estabelecida, com o risco de sobreposição de ações entre as duas estruturas.

A nossa luta sempre foi a de inserir procedimentos no SUS. Existe uma Casa de Apoio? Essa casa de apoio tem trabalho voluntário, ela já recebe recursos da sociedade, ela tem um trabalho com empresários, com a mídia, o que for. O que nós queríamos? Inserir Casas de Apoio, enquanto prestadoras de serviços do SUS. Que o procedimento médico de quem trabalha como voluntário seja orientado pelo SUS. Por exemplo, se você tem um médico que já está servindo aos moradores daquela casa, ele deveria ser pago pelo SUS. Enfermeiras, por exemplo, deveriam ser pagas pelo SUS. Aquela casa deveria ser um serviço básico da rede, para doentes. Não foi possível. Quando nós quisemos fazer uma política alternativa, o CONASS e o CONASSEMS também discordaram porque nós estaríamos criando uma atenção alternativa. O SUS estaria investindo na rede e investindo numa saúde alternativa, paralela. Mas nós vencemos isso.<sup>200</sup>

A aproximação entre a iniciativa da Casa de Apoio e a uma estrutura mais burocrática do Estado é exposta como uma preocupação e ao mesmo tempo uma necessidade para sua continuidade. O gestor manifesta a preocupação de que o processo de burocratização possa acabar com a especificidade e o diferencial da Casa de Apoio – justamente o motivo pelo qual essas iniciativas são apoiadas – e ao mesmo tempo reconhece a inevitabilidade de uma regulação mínima, por envolver o cuidado à saúde de pessoas e o uso de recursos públicos.

Quando você tem que prestar contas para a sociedade do dinheiro público, é impossível não haver um mínimo de acompanhamento, de formalização. O desafio tem sido este: como preservar a característica da ação comunitária, todos os seus valores e todas as suas qualidades, mantendo o mínimo de controle, o mínimo de

---

<sup>200</sup> Entrevista concedida por Maria Alice Tironi, jun. 2005.

gerência, mínimo de administração pública sobre os recursos? Aqui, penso que nós criamos alguns problemas que antes eram contornados mais facilmente. Por exemplo, antes dos contratos ou antes da normatização a necessidade me dizia se a Casa da Brenda Lee ia aplicar o soro naquela pessoa ou se ela ia só dormir lá, e viria aqui para receber o soro. Na medida em que se torna um investimento público, esse tipo de intervenção é necessário. Por lei, porque o Ministério Público está atento, o Tribunal de Contas está atento, a Associação Médica Brasileira, a Vigilância Sanitária etc. Foi necessário fazer algumas classificações de qualidade de serviços prestados, e algumas começaram a se aproximar de um serviço assistencial médico. Tentamos fugir disso procurando manter a característica de que Casa de Apoio é primeiramente um domicílio e depois um serviço. Vai depender muito da criatividade, da flexibilidade de todos que estão envolvidos nesse processo.<sup>201</sup>

Eu achava que corríamos riscos fazendo isso. Primeiro, o risco do suporte para eles: se a gente matar a iniciativa social... E essas casas são uma coisa tão bonita, saíram da comunidade, são mantidas pela comunidade, você vai lá, bota a mão e acaba com aquilo. Era um risco potencial. Outro risco era o de você fazer com que elas fossem entendidas como prestadoras de serviços – isso, tivemos de estudar muito bem, como fazer para que isso não ficar caracterizado. Até quando eu falei “leito”, se você botar quantos “leitos” ela oferece, você já está quase dizendo que é um estabelecimento de saúde. Isso me causava problema: o que é que vai ser disso enquanto um estabelecimento – mesmo que indireto – de saúde, para a vigilância sanitária?<sup>202</sup>

Com a nova normatização trazida, a Casa de Apoio representa, talvez, o único serviço de ONG o qual se está tentando introduzir dentro da rede do SUS de forma mais institucionalizada. Para isso, a portaria coloca como uma das atribuições dos gestores estaduais e municipais o estabelecimento de instrumentos e mecanismos de repasse de recursos financeiros e de acompanhamento das Casas de Apoio (arts. 9 e 10):

E mais recentemente existe a possibilidade do pagamento, de maneira a formalizar essa relação. Antes era por projeto – aquela Casa podia não ganhar, porque tinha pouco dinheiro para aquele ano, então estava fora. Agora, não. Existe possibilidade real de cadastrar essa Casa e pelo número de leitos que ela tem, e com isso transferir um recurso, como um leito hospitalar. Um “x” de dinheiro por mês por tantos leitos ocupados, para ficar mais sustentável.<sup>203</sup>

Segundo um dos gestores entrevistados, um dos motivos pelos quais se consegue estabelecer um financiamento regular para a Casa de Apoio estaria na melhor caracterização desse serviço como um serviço típico de assistência e, portanto, mais adequado ao financiamento. Assemelha-se mais em sua estrutura, por exemplo, na questão relativa ao quadro permanente de recursos humanos e às tarefas por eles desempenhadas.

---

<sup>201</sup> Entrevista concedida por Paulo Teixeira, maio 2005. Tais aspectos foram também ressaltados em entrevista por Ricardo Marins e Helena Lima, jun. 2005.

<sup>202</sup> Entrevista concedida por Moisés Taglietta, nov. 2004.

<sup>203</sup> Entrevista concedida por Ricardo Marins, jun. 2005.

Ao mesmo tempo em que se evidencia tal semelhança, mostra-se também a dificuldades, por vezes existente, na aceitação pelo gestor local de outras atividades executadas pelas ONGs, como as de prevenção junto a populações mais vulneráveis:

Existe uma facilidade maior de se estabelecer parcerias com algo entendido como “assistencial”, que é a Casa de Apoio. Facilidade de entendimento de governo, de conselho de saúde. Por analogia ao que já existe. Você tem as APAEs, que são basicamente assistenciais, a AACD, centros de reabilitação no país todo, que aí são vistos como unidades que prestam uma assistência e têm um recurso repassado pelo governo local, ou até, às vezes, estadual. É mais fácil a analogia, do que você ter uma organização que vai sair para fazer um trabalho à noite com um travesti na avenida, algo muito diferente. O estigma é diferente de uma coisa e da outra. Observou-se que é muito mais fácil, no nível local, você discutir com o gestor, estabelecer uma parceria para a Casa de Apoio do que para outro tipo de trabalho com OSC.<sup>204</sup>

Outra explicação passa pelas dificuldades de financiamento e pela visão de que esse serviço é importante e não pode ser abandonado. Segundo um dos gestores envolvidos, a solução que se encontrou, de forma a garantir a continuidade dos trabalhos desenvolvidos pela Casa de Apoio, mas sem acabar com o seu caráter comunitário, consistiu em financiar metade dos custos levantados e fazer que os outros custos sejam conseguidos em fontes de financiamento distintas da governamental:

Elas estão tendo dificuldade em angariar fundos, e para nós seria uma perda incalculável, não ter mais as Casas de Apoio. E elas começaram a fechar, pelo país. Houve a necessidade de discutir como fazer esse financiamento. Mas como fazer para não matar a iniciativa social que já existe? Calculou-se uma maneira de repassar recursos para essas instituições, em torno de 145. A partir de uma estimativa de custo de uma pessoa naquelas casas, vamos transferir metade desse custo levantado. Ou seja, vão continuar dependendo da ação da sociedade civil daquele local.<sup>205</sup>

Outra razão que explica o estabelecimento do financiamento regular se refere a uma visão de racionalidade econômica, que mostra que o apoio financeiro às Casas de Apoio é mais econômico se comparado a custos de tratamento. Portanto, a única decisão racional do gestor é a de apoiar essas iniciativas, pois a falta desse trabalho pode resultar em aumento da demanda por internações hospitalares e o conseqüente aumento de custos:

Não foi feita nenhuma avaliação de custo-benefício, ou de custo de efetividade, mas na própria inferência dá para ver, o custo de você tratar um paciente de Aids é muito

---

<sup>204</sup> Entrevista concedida por Moisés Taglietta, nov. 2004.

<sup>205</sup> Entrevista concedida por Moisés Taglietta, nov. 2004.

alto. E o custo acumulado mostra que financiar parte do que é oferecido pelas Casas de Apoio a esses pacientes é muito baixo, esse custo torna-se mais baixo ainda.<sup>206</sup>

Juntamente à racionalidade econômica, ressalta-se mais uma vez o papel das Casas de Apoio enquanto complementar a outras estruturas do serviço público de saúde. E é necessário manter seu caráter, para que não haja uma invasão por uma área que se entende estatal:

É moradia, mesmo. É aconchego do lar, é isso que se espera da Casa de Apoio, que esse cara tenha uma segunda família, um teto, que tenha pessoas, que tenha convivência social para ele se reabilitar e voltar para a sociedade, o que o serviço não vai dar para ele. O que é que tem análogo a uma Casa de Apoio, dentro do serviço de saúde? Uma enfermaria, porque é só o que existe. Vejamos, por exemplo, a história da tuberculose. O que aconteceu? Envia para “depósitos”. O que aconteceu na saúde mental? São “depósitos”. O que não aconteceu com a Aids, que era esperado acontecer. Foi uma grande luta inicial, e houve um fomento nas Casas de Apoio exatamente para que não surgissem os depósitos dos hospitais. Só por conta do humanitário? Claro que não. Por conta de custos do sistema, também. Foi um papel importante da Casa de Apoio: foi como suporte dos ambulatorios e dos hospitais-dia, que o programa de Aids fomentou essas modalidades assistenciais.<sup>207</sup>

As casas de apoio continuam sendo vitais. Mas caracterizá-las como resposta comunitária é melhor do que fazer que elas invadam ou deixar que o governo abra um espaço para que elas possam ser prestadoras de serviço. Eu penso que a tendência é o governo assumir mais a prestação individual, deixando para a Casa de Apoio a parte comunitária.<sup>208</sup>

Concluindo, a construção de uma política de apoio para essas organizações parece refletir bem alguns dos dilemas inerentes às interações entre Estado e ONGs na produção de bens e serviços sociais, conforme colocadas por Bresser Pereira & Grau (1999:42): o desafio de assegurar que as regulações estatais e a sistemática de contratualização não atentem contra a diversidade – a qual é uma das maiores contribuições do setor público não estatal na produção de serviços sociais. Ao mesmo tempo, entretanto, devem preservar a responsabilidade do Estado em executar uma política social abrangente e profunda. A outra, é a de assegurar um equilíbrio entre a autonomia das organizações e a preservação de sua responsabilidade no uso de recursos públicos.

#### **4.4 Conseqüências da divisão de trabalho**

---

<sup>206</sup> Entrevista concedida por Moisés Taglietta, nov. 2004.

<sup>207</sup> Entrevista concedida por Moisés Taglietta, nov. 2004.

<sup>208</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro, maio 2005.

A partir da discussão sobre a divisão de trabalho na prestação de serviços dentro da política de combate ao HIV/Aids, as entrevistas trouxeram outros aspectos importantes e que decorrem desse arranjo estabelecido.

O *primeiro* diz respeito à rejeição de uma relação definida como “prestação de serviço”,<sup>209</sup> nos moldes de uma terceirização ou como uma relação de compra-e-venda de serviços. Há uma preocupação de que o princípio geral a orientar a relação entre governo e ONGs seja sempre o da lógica de parceria, a partir das especificidades desse trabalho – que o diferenciaria de uma típica prestação de serviço:

Para o governo com certeza, e para ONG também, nunca houve essa perspectiva de prestação de serviço. A ONG não estava prestando um serviço para o governo. A perspectiva sempre foi de parceria. Como eu – governo – não posso ir falar na rua da prostituição, distribuir preservativo, dando material e falando de prevenção, a ONG faz isso, e a minha contrapartida é viabilizar recurso para que ela faça isso. Nunca se teve a perspectiva “estou entrando nisso como uma prestadora de serviço, tenho que ir ali, falar com cem pessoas e acabou, e é esse o meu serviço, e eu recebo por isso”.<sup>210</sup>

Obviamente, nesse caminho, muita coisa pode ser interpretada como prestação de serviço. Algumas pessoas interpretam que o trabalho feito pela sociedade civil em HIV/Aids tem um caráter de prestação de serviço, porque seria um trabalho que não é complementar ao Estado e sim, um trabalho de substituição, que deveria ser do Estado. Aham que são, sim, prestadores de serviço, uma vez que prestam serviço à comunidade e são ressarcidos por isso, de alguma maneira, seja com projeto ou alguma coisa; a lógica única, de visão única, de que se fez alguma coisa, se recebe um recurso para isso, é prestador de serviço. Então, existe essa visão, na minha opinião, equivocada, em vários momentos. Dentro do programa de Aids menos, mas, você tem o restante do governo, tem o Ministério da Saúde, que faz parte de um outro universo. A gente tem freqüentemente que defender essa posição perante o restante da gestão federal.<sup>211</sup>

A questão refere-se a uma necessidade de diferenciação, mas também ao fato de essas entidades acabarem tendo um duplo papel dentro da política de Aids: exercem controle social e prestam serviços em parceria com o Estado – sob o qual justamente exercem o controle. Em que medida essas duas funções são incompatíveis entre si?

A discussão é sempre essa; uma discussão bem pesada nos programas de Aids e na sociedade civil, essa questão de não ser, de pelo menos tentar não ser entendido como

---

<sup>209</sup> Novamente ressaltamos que a expressão “prestação de serviços” é utilizada por nós de forma neutra, como forma de caracterizar as diversas atividades prestadas pelas ONGs e que fazem parte do conteúdo de seus projetos. Algumas entrevistas se valerão da expressão “parceria” como forma de caracterizar esta gama de serviços, deixando a expressão “prestação de serviços” para outras formas de contratação do poder público, distintas do campo da Aids, como por exemplo, as contratações dos hospitais e laboratórios privados que prestam serviços ao SUS.

<sup>210</sup> Entrevista concedida por Lilia Rossi, nov. 2004.

<sup>211</sup> Entrevista concedida por Moisés Taglietta, nov. 2004.



prestador de serviço para poder exercer controle social. Já tivemos até uma conversa no sentido de que não tem tanto a ver uma coisa com a outra, juridicamente até não tem, mas há uma discussão bem pesada em cima disso.<sup>212</sup>

Você trabalha com essa filosofia do projeto, você não trabalha com a coisa da política, sustentável, mais a longo prazo, que invista na relação ONG-OG. E aí você tem vários problemas, você cria essa figura de uma ONG que presta serviço para o Estado, somente nesse projeto, que visa uma intervenção. E a inserção dessa ONG no movimento social é estranha. Você vai participar de um conselho de saúde, você é o quê? Prestador de serviço ou usuário? Você está prestando serviço e recebe dinheiro do Estado, mas você é do movimento social, você tem atuação política, isso cria uma dificuldade no momento em que você tenta discutir a questão da Aids dentro dos conselhos de saúde. As pessoas que são tradicionais em termos de conselho de saúde olham para as ONGs/Aids justamente com esse olhar desconfiado. São prestadoras de serviço, estão recebendo dinheiro para fazer um trabalho. E eles têm razão. Não pode ir ao conselho como usuário. Ele não é um usuário comum. É um usuário que presta serviço ao mesmo tempo. Mas as ONGs/Aids não se identificam com os prestadores de serviço, hospital, o discurso não é este. Cria-se um problema, temos de encontrar formas de financiar o trabalho das ONGs que não configurem contrato de prestação de serviço. Não é isso. Mas o que acaba existindo na prática é isso.<sup>213</sup>

Ou seja, não apenas pelas especificidades das atividades no campo do HIV/Aids, mas a rejeição desse modelo parece estar fortemente associada à possibilidade do exercício do controle social, especialmente em espaços institucionais como os conselhos de saúde,<sup>214</sup> onde, conforme a afirmação do gestor, se estabelece uma contradição em relação à posição assumida por essas ONGs: teriam legitimidade para ocupar a representação do segmento de usuários, ou deveriam ocupar a representação dos prestadores de serviços, juntamente a hospitais, clínicas e laboratórios?

O *segundo aspecto* diz respeito ao fortalecimento das populações mais vulneráveis enquanto grupos de interesse.

No capítulo anterior, mostramos como o apoio a ONGs pode ser um dos recursos utilizados pelo Estado para implantar uma política pública junto a populações às quais ele não tem acesso ou que apresentam estilos de vida ou valores que divergem da maioria da população.

Retomando esse argumento, parece-nos que um dos possíveis efeitos da delegação de tarefas públicas sensíveis – controversas ou não desejadas – para as ONGs e para os grupos

---

<sup>212</sup> Entrevista concedida por Moisés Taglietta, nov. 2004.

<sup>213</sup> Entrevista concedida por Carlos Passarelli, maio 2005.

<sup>214</sup> Segundo a Unesco (2005), 51,2% das ONGs pesquisadas afirmam atuar junto a Conselhos de Saúde. Cerca de 39% também afirmam atuar em Comissões Estaduais de DST/Aids e/ou outras instâncias participativas fora do campo da saúde.

que representam, é justamente o seu fortalecimento enquanto grupo de interesse. Portanto, parece necessário refletir um pouco sobre esse “movimento” do Estado, por intermédio do PN, em criar políticas voltadas a esses grupos e lhes disponibilizar acesso a fundos públicos para seus projetos.

Por exemplo, quem há algum tempo imaginaria políticas e financiamento públicos voltados para transgêneros e profissionais do sexo? O padrão estatal em relação a esses grupos sempre foi tradicionalmente de repressão e dificuldades de acesso a serviços públicos básicos, como saúde:

Numa cena constituída por atores tão diversos, considera-se que o ativismo da Aids trouxe ao cenário político brasileiro importantes experiências no campo da representação política dos atores. As ONGs e os outros setores da sociedade civil se constituíram, na força de sua expressão, em interlocutores e em representantes dos interesses dos principais afetados pela epidemia. (Unesco, 2005:61)

Farah (2001), ao discutir a mudança de orientação na formulação de políticas públicas a partir dos anos 90, menciona que propostas de focalização são incorporadas em face do reconhecimento da necessidade de se estabelecerem *prioridades de ação* em contexto de limites de recursos e pelo entendimento de que é preciso atender de forma dirigida alguns segmentos da população, que vivem situações de carência social extrema. A seletividade é vista como critério de atendimento a “setores vulneráveis”.

O objetivo mais geral de uma política de prevenção pode ser definido como viabilizar projetos de intervenção comportamental efetivos para adoção de práticas mais seguras, que sejam capazes de reduzir o risco de infecção pelo HIV/Aids e outras DSTs. Obviamente, o foco nesses grupos considerados mais vulneráveis representa uma estratégia baseada em dados epidemiológicos e que se destina a “barrar” a epidemia onde há maiores possibilidades de crescimento e disseminação.

De acordo com o Ministério da Saúde (2003c), grupos estigmatizados, de difícil acesso e excluídos são mais vulneráveis à epidemia, e o risco de contrair o HIV nessas populações é entre oito e doze vezes maior que entre a população em geral. Por isso é crucial, em termos de estratégias de combate à epidemia, promover a inclusão de populações vulneráveis e formular políticas públicas que levem em conta suas necessidades.

Como vimos no capítulo anterior, a educação entre pares foi a principal estratégia para trabalhos com essas populações. Ela envolve o *empowerment* desses indivíduos e grupos,<sup>215</sup> constituindo uma idéia da mão dupla (Galvão, 2000:83). Se por um lado a classificação de grupo de risco estigmatiza, por outro “justifica a importância de traçar estratégias específicas para essas populações” e torna seus integrantes elementos importantes nas políticas de prevenção. Isso explicaria que esses grupos passassem a ser financiados tanto por agências de cooperação internacional como por governos, sendo ainda sempre convidados a participar de discussões nacionais e globais que discutiam os rumos da epidemia.

A Aids não é uma questão clínica exclusivamente, ela mexe com uma série de outras questões do próprio ser humano. Para que eu me proteja em relação a essa epidemia, preciso de muitas coisas que estão necessariamente ligadas à saúde, mas são correlatas. Tenho que ter uma auto-estima mediana, tenho que me sentir incorporado a uma sociedade, são outras coisas que vão contribuir para que eu me previna em relação à epidemia. É muito natural, até certo ponto, que esses segmentos mais vulneráveis tenham sido efetivamente abordados pelo Programa de Aids, porque dependia do fortalecimento deles para que eles se sentissem atuantes e pudessem se prevenir contra a Aids.<sup>216</sup>

A adoção de conceitos como o de vulnerabilidade e o da filosofia do trabalho entre pares mudou o foco das políticas de prevenção. As populações vulneráveis, antes vistas como vetores de propagação da doença, passam a ser vistas como agentes da prevenção. Deixam de ser simples beneficiários das ações de uma política e se tornam também propagadores desta, por meio de uma ação multiplicadora.

Assim, uma consequência importante a ser mencionada é que o financiamento dessas atividades permitiu uma maior visibilidade desses grupos dentro da sociedade brasileira, contribuindo para a redução do estigma e da discriminação a que estão sujeitos por diversas razões históricas e culturais.

As ações de promoção à saúde e de prevenção às DST/Aids implementadas por esses projetos se pautaram pela valorização da mobilização, organização e protagonismo (Ministério da Saúde, 2002c). Foram grupos que acabaram por se auto-organizar com mais força justamente pela inevitabilidade de incluir a Aids em suas agendas (Ministério da Saúde, 2001b).

---

<sup>215</sup> “No caso brasileiro, ainda não foi devidamente analisado o papel da epidemia de HIV/Aids em dar visibilidade a determinadas reivindicações sociais trazidas por segmentos da sociedade civil tradicionalmente estigmatizados. Não há dúvida de que uma das consequências da epidemia de HIV/Aids – não somente na América Latina – foi ajudar a conferir, senão legitimidade, maior visibilidade às ações desenvolvidas por grupos gays e de trabalhadoras(es) do sexo” (Galvão, 2000:82).

<sup>216</sup> Entrevista concedida por Vera Menezes, ago. 2005.

O apoio a esses grupos representa ainda a abertura de canais institucionais de comunicação entre eles e o Estado, que passa a reconhecer melhor seus direitos, necessidades e interesses. As novas nuances dessas populações trazem novos aspectos de vulnerabilidade – para além de aspectos tradicionalmente considerados, como desigualdades de distribuição econômica e de gênero –, que passam a ser considerados na formulação de políticas públicas.

O envolvimento de grupos vulneráveis na luta contra a epidemia, a partir dos grupos gays no início dos anos 80, vai se tornando realidade. Somam-se os grupos de profissionais do sexo, mulheres, usuários de drogas e transgêneros, e parece haver uma clara relação entre a eclosão da epidemia de HIV/Aids e uma maior visibilidade desses grupos e da agenda dessas organizações, até mesmo para além das questões próprias da Aids,<sup>217</sup> como sua inclusão em programas nacionais de proteção a direitos humanos e de redução do estigma e discriminação.<sup>218</sup> Nessa relação, ressaltam a entrada do olhar e das especificidades desses grupos de interesse dentro da estrutura governamental e a construção de políticas que possam suprir tais especificidades e combater as cargas de estigma e discriminação social existentes, e a busca de elementos para a construção dessas políticas se dá a partir da escuta dos próprios grupos e até da sua defesa perante outras estruturas do governo:

Se tem alguma coisa bacana na epidemia é justamente que ela vem mexer de uma forma geral com todos os conceitos e valores da sociedade, sobretudo nas questões da sexualidade. A epidemia naturalmente traz para dentro do governo e do Estado o olhar para esses grupos. Eu tenho que olhar e saber e ver e entender que existe gay, que existe travesti, que existe puta, que existe drogado (na época se falava isso). O programa de Aids poderia fatalmente ter olhado, abordado e se aproximado desses grupos de uma forma completamente diferente do que fez. E acho que a grande conquista do Programa é que começa de uns dois ou três anos para cá a ser jogado em outras áreas do governo. E o Programa, em vez de assumir uma postura: “legal, você pensa assim mas eu vou pensar de uma outra forma, esse é o meu olhar para você, gay”, assume realmente um olhar dessa população para dentro das suas ações. É isso que faz com que a gente monte uma campanha não com o meu olhar de governo. Chama o movimento e fala: “como é que a gente tem que falar de travesti?” Então eu, do Programa de Aids, assumo e vou defender, dentro de uma estrutura governamental, essa fala, da forma que quem é diz que tem que ser. Sou governo, mas estou dizendo que vou bancar, fazer uma campanha para travesti dessa forma, que é a forma como a travesti está querendo que seja, e eu entendo como pertinente para alcançar meus objetivos.<sup>219</sup>

---

<sup>217</sup> Como por exemplo, a legalização da prostituição, introdução de temas de educação sexual e abordagem da homossexualidade nas escolas, aprovação de leis estaduais e municipais contra a discriminação por orientação sexual, descriminalização de drogas como a maconha, regulamentação legal da troca de sexo e do registro civil para transexuais, inclusão de cirurgias de mudança de sexo no rol de procedimentos do SUS, entre outras.

<sup>218</sup> Como por exemplo, o programa Brasil sem Homofobia, do Ministério da Justiça, e a linha de apoio a eventos GLBT do Ministério da Cultura.

<sup>219</sup> Entrevista concedida por Lilia Rossi, nov. 2004.

São cidadãos, cidadãs que devem ser igualmente apoiados pelo Estado, sustentados pelo Estado dentro das suas especificidades. Acho que é essa a grande idéia que amadureceu e foi incorporada. É importante ver que vários movimentos comunitários se originaram desse trabalho, por exemplo, embora já houvesse trabalho de prostituição, a Rede Nacional de Prostituição se construiu em cima do Programa de Aids. A rede de usuários e ex-usuários de drogas em geral se construiu em cima do Programa, as associações de travestis foram sendo construídas, então é da própria dinâmica, até como exemplo de como isso contribui ao final para o desenvolvimento social. Se contribui para o desenvolvimento social, não tem por que não usar dinheiro público nisso. É o meu ponto de vista.<sup>220</sup>

Esse foi um dos pontos positivos da epidemia de Aids, ela trouxe a organização desses segmentos que eram completamente desorganizados; essas categorias que se confundem com as categorias de exposição do HIV se organizaram de uma maneira fantástica, mas se organizaram para algo, não se organizaram simplesmente para se defender, esta é a grande diferença. Para desenvolver a proposta, tem que ter um parceiro. Se essa proposta tem por finalidade o mesmo que um programa governamental, tudo bem. Acho que foi até natural essa aproximação, esse financiamento para as ações.<sup>221</sup>

Estas falas nos chamam a atenção para a permeabilidade e capacidade de escuta da burocracia aos grupos de interesse que são trabalhados por essa política pública. A interface mais próxima é ressaltada como algo positivo da política nacional de HIV/Aids:

É uma característica interessante do Programa de Aids. Se você vai fazer uma política para alguém, primeiro ouça esse alguém, você não é dono da verdade, você não sabe o que é bom para ele. Isso vale no Programa de Aids, uma coisa que normalmente não vale. Eu tenho muitos anos de saúde pública, e normalmente é assim, a equipe de saúde sabe o que é melhor para aquela população ou acha que sabe, mas é assim que se montam os serviços e as políticas. E no Programa de Aids, sempre, o primeiro a ser ouvido é o beneficiário daquela ação, é essa ação que você espera, é isso que você acha que tem que ser feito. Então, a partir daí, da discussão com eles, é que passamos a fazer discussão com governos, como operacionalizar aquilo que foi discutido com o beneficiário da ação.

Essa relação só se estabeleceu porque no governo, especialmente no Programa de Aids, o corpo técnico tinha essa compreensão. Digo isso porque já visitei vários países e este processo não se deu. Mesmo sendo a origem igual, não se deu. Não se deu na Argentina, não se deu no Chile de modo consistente, no Uruguai agora é que as ONGs estão começando a trabalhar junto com o Programa. No Paraguai, agora é que está melhorando. No Brasil, isso se deu desde o início – o respeito à diversidade, ao entendimento dessas populações, desses segmentos como atores fundamentais na política de parceiros e na construção de alternativas de intervenção. E cada vez mais temos o entendimento do respeito à diversidade, o respeito às minorias, o respeito aos direitos do cidadão, eu acho esse um ponto muito importante do Programa Nacional. Eu não diria exclusivo, mas muito próprio do Programa.<sup>222</sup>

---

<sup>220</sup> Entrevista concedida por Paulo Teixeira, maio 2005.

<sup>221</sup> Entrevista concedida por Moisés Taglietta, nov. 2004.

<sup>222</sup> Entrevista concedida por Pedro Chequer, jun. 2005.

Um dos elementos que a nosso ver comprovam essa permeabilidade são as diversas campanhas publicitárias feitas para vários desses segmentos vulneráveis e que são reproduzidas no anexo III do trabalho. Nelas podem ser percebidas mensagens de apoio e incentivo a esses grupos e, ao mesmo tempo, mensagens que buscam quebrar o preconceito junto à sociedade em geral. Representam, a nosso ver, um compromisso com o trabalho junto a essas populações e o reconhecimento de sua cidadania:

Essas campanhas são muito recentes, fruto de uma longa história, desde o primeiro Programa em São Paulo. Você tem uma demanda de um segmento social e de vários segmentos hoje, e você tem a escuta do Programa. E isso faz toda a diferença, porque se não tiver escuta, não adianta. Se você menosprezar o interlocutor, a conversa não anda. Eu me orgulho muito de ter trabalhado no Programa Nacional, acho que isso sempre foi uma marca do Programa de Aids.<sup>223</sup>

Esse compromisso pode ser percebido também em publicações e declarações governamentais. Um dos objetivos da política brasileira de combate ao HIV/Aids é justamente:

O respeito aos direitos humanos, assessorando e fomentando as instâncias governamentais e não-governamentais quanto às iniciativas para garantia dos direitos, combatendo as condutas recorrentes de preconceito e discriminação contra as pessoas portadoras do HIV/Aids. (Ministério da Saúde, 1999a:17)

A clareza, a efetividade e a aplicabilidade de políticas públicas relacionam-se com a base comunitária que apresenta a demanda. Quanto mais distanciada desta base, maior o risco das políticas públicas se transformarem em normas restritivas de direitos, ainda que implícitas, em especial quando respondem aos impasses e tensões advindos da sociedade em geral. Partindo do pressuposto de que o campo social se constitui pela diversidade, sendo, portanto, um conceito teórico pouco preciso e profundamente heterogêneo, os conflitos gerados entre a moral vigente e mantida pela maioria e segmentos sociais específicos, em especial aqueles que subvertem a ordem estabelecida, são inevitáveis e, se bem manejados, podem ser, mesmo, muito saudáveis para a construção do espaço democrático. (Ministério da Saúde, 2002c:79-80)

Em outras palavras, percebe-se que a preocupação em combater preconceitos e formas de discriminação dos afetados pela epidemia é filtrada na instância governamental e transformada em um componente essencial da política pública do próprio Estado (Unesco, 2005), o que gera, entre outras conseqüências, uma maior visibilidade e fortalecimento desses grupos e a inclusão de ações específicas na política governamental, tanto em relação à Aids como em outros campos, como direitos humanos e cultura.

---

<sup>223</sup> Entrevista concedida por Cristina Câmara, jul. 2005.

Um *terceiro aspecto* revelado nas entrevistas diz respeito a possíveis interações entre os projetos de ONGs e programas governamentais com princípios e linhas de ação semelhantes, a saber, o Programa de Saúde da Família (PSF)<sup>224</sup> e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).<sup>225</sup>

As ações de controle e prevenção das DST/HIV/Aids também vêm se tornando parte das atividades desenvolvidas nesses programas, nos quais a atuação dos agentes comunitários se baseia na transmissão de informações e na educação considerando o contexto sócio-cultural de cada comunidade. Tais programas possuem também um importante componente assistencial ligado ao diagnóstico e ao tratamento das DST (Ministério da Saúde, 1998a),<sup>226</sup> que, na maioria dos casos, são simples e ocorrem na própria rede básica de saúde. Por isso, podem ser encarados como complementares ao trabalho das ONGs, de forma a garantir maior cobertura de ações de prevenção.

Apesar de apresentarem certa semelhança, por exemplo, na questão dos agentes ligados à comunidade e na realização do trabalho de campo, buscando ativamente a população a ser acessada, possuem também diferenças importantes que lhes atribuem certo caráter “singular”, a ponto de não poderem ser considerados “permutáveis” entre si.

As duas falas seguintes trazem clara a questão da complementaridade. Enquanto o primeiro gestor ressalta que o PSF atua como complemento da cobertura das ONGs nas diversas regiões do país, o segundo ressalta que as ONGs complementam o PSF em outras estratégias de ação que não tomem como base a unidade familiar:

---

<sup>224</sup> O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de proceder à “reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social”. Seus princípios são o “caráter substitutivo” das práticas convencionais de assistência por uma prática baseada na vigilância à saúde e na prevenção, a “integralização e hierarquização”, estando o PSF inserido no sistema local de saúde e em seu nível primário de ação, e a “territorialização e adscrição da clientela”, trabalhando em um território com abrangência definida e no acompanhamento sistemático das famílias. As equipes possuem caráter multiprofissional, compostas basicamente por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (Franco & Merhy, 1999).

<sup>225</sup> O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) existe desde o início dos anos 90, tendo sido efetivamente instituído e regulamentado em 1997. Os agentes são escolhidos em suas comunidades para atuarem junto à população no desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na própria comunidade. Hoje, tem sido compreendido como uma estratégia transitória para o Programa de Saúde da Família. (Ministério da Saúde, 2001d).

<sup>226</sup> Documento do Ministério da Saúde (1999a) relata a articulação entre esses programas e também junto às coordenações de DST/Aids nos estados, para capacitação de agentes comunitários nas questões de DST e Aids em 5.200 equipes do PSF. Relata ainda a incorporação de ações de prevenção e atenção primária em DST/HIV/Aids às diretrizes do PSF e do PACS.

A cobertura das ONGs não chega nem a dez por cento, não é a realidade do país. Isso fica muito claro. Precisamos de inovações neste sentido. O PSF e outros programas de atenção básica são programas que vivem o que a Aids já viveu, ou seja, a questão de interação com a população – atender ou dar atenção a populações mais vulneráveis. Eu acho que isso é uma novidade.<sup>227</sup>

Eles se complementam. E eu diria que ambos são mutuamente insubstituíveis, não há como você fazer uma simples permuta. O PSF tem esse princípio da unidade familiar, do local onde você passa a maior parte da sua vida, onde estão todas as suas relações. Tenta tornar esse ambiente o mais saudável em todos os aspectos que possamos imaginar, desde o saneamento até a disponibilidade de informações ou o acesso ao serviço etc. Isso nunca vai tirar o caráter de legitimidade, de reconhecimento da sociedade civil com a comunidade. Ou, em todas as “sobras” que você imaginar – geográfica, populacional, comportamental – sempre vai haver especificidades que não serão cobertas. Estamos falando de complementaridade e, por mais que o Programa da Saúde da Família melhore, as ações das ONGs continuarão sendo fundamentais.<sup>228</sup>

O que se busca mostrar é a possibilidade de interações entre programas governamentais e não-governamentais, e que este é um foco que deve ser buscado, trabalhando-se com as diferentes especificidades. Além disso, possibilita que os diversos temas tradicionalmente abordados em projetos de prevenção e nas ações de campo sejam debatidos mais amplamente, incluindo outros personagens atuantes em políticas sociais. Por fim, a busca dessa interface tem como objetivo ampliar a referência à rede pública de saúde, foco de diversos projetos de ONGs junto a populações vulneráveis, para que cada vez mais estas se utilizem da rede, enquanto direito de todo cidadão e dever do Estado.

Por exemplo, o *Manual de Ações de Prevenção para Profissionais do Sexo*, uma das principais populações acessadas pelos projetos de ONGs no campo da Aids, ressalta:

Os Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários (PACS) estão em expansão e são estratégias importantes para a mobilização de uma comunidade para a prevenção. Os monitores de saúde que atuam junto às profissionais do sexo devem ter conhecimento sobre as ações do PACS/PSF na área de abrangência do projeto, para informar suas clientelas sobre os serviços de saúde disponíveis e realizar os encaminhamentos que se fizerem necessários. (Ministério da Saúde, 2002c:69)

Apesar do potencial positivo de interação, existem dificuldades. Por exemplo, a dinâmica dos governos locais, a garantir o aproveitamento de experiências anteriores e uma

---

<sup>227</sup> Entrevista concedida por Raldo Bonifácio, jun. 2005.

<sup>228</sup> Entrevista concedida por Paulo Teixeira, maio 2005.



interação entre trabalhos de ONGs já existentes e novos trabalhos a serem implementados pelo PSF ou PACS.<sup>229 230</sup>

Nós temos por exemplo uma organização da sociedade civil que tinha um trabalho com prostituição. E o PSF local assumiu esse trabalho. A organização reclamou, principalmente porque não foi absorvida pelo governo local. Este foi o grande problema: não absorveu a experiência da sociedade civil local. E a nossa sugestão foi que rediscutissem o PAM local (Plano de Ação e Metas) e negociassem essa incorporação, ou seja, um trabalho de parceiros. Eu acho que a sociedade civil tem importância, por exemplo, no caso das prostitutas que já têm redes – nacional, regionais, estaduais. Elas podem ajudar sobremaneira na implantação de atenção para populações específicas, por exemplo, populações vulneráveis em programas como Saúde da Mulher, Saúde da Família, e há um esforço neste sentido. Isto já está se tornando parte da cultura governamental. Mas não é ainda uníssono, não se pode dizer que é universal.<sup>231</sup>

Outra dificuldade apontada é a diferença entre as “unidades” de atuação, que são distintas e que novamente evidenciam o trabalho de ONGs com populações mais vulneráveis:

O grande problema é que as diretrizes do PACS e do PSF são diretrizes que dificultam a ação de promoção à saúde para populações vulneráveis. E muito frequentemente trabalham com uma base no território geográfico definido administrativamente e com o núcleo familiar. Essas duas características são completamente inadequadas para trabalhar com usuário de droga, por exemplo, com profissionais do sexo, completamente inadequado para trabalhar com populações móveis, com populações de seringueiros. É muito mais difícil. O necessário é mudar a referência com que se trabalha dentro do PACS e do PSF. Mudar esses dois conceitos da área geográfica definida administrativamente e o núcleo familiar, e trabalhar com as bases de área definida pelas relações sociais. E os núcleos devem ser outros, devem ser aqueles que cada grupo demanda, grupos de sociabilidade para usuários de droga etc.<sup>232</sup>

O PSF não faz ações na forma como as ONGs fazem com as populações mais vulneráveis. Ele pega os municípios e trabalha ações mais institucionalizadas. Ele não vai atrás de redução de danos, de outras ações de prevenção, dessa busca da sustentabilidade dentro do movimento. Mas tem muitas coisas que já foram integradas. E isso também foi uma revisão, começamos a fazer uma triagem, a melhorar o foco. A partir do momento em que vai evoluindo o trabalho do governo, claro que vamos revendo o papel das OSCs, nesse trabalho complementar, e em outros que ela pode alavancar.<sup>233</sup>

---

<sup>229</sup> Esse aspecto também foi ressaltado em entrevista por Carlos Passarelli (maio 2005), para quem a interação entre programas como PSF e PACS depende do grau de afinidade dos gestores estaduais e municipais com as ONGs.

<sup>230</sup> A dificuldade de integração entre os diversos programas governamentais foi um aspecto também ressaltado em entrevista por Vera Menezes, ago. 2005.

<sup>231</sup> Entrevista concedida por Raldo Bonifácio, jun. 2005.

<sup>232</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro, maio 2005.

<sup>233</sup> Entrevista concedida por Maria Alice Tironi, jun. 2005.

Um outro aspecto interessante também levantado nas entrevistas chama a atenção para uma provável consequência do sucesso<sup>234</sup> desses programas governamentais e para os limites de interação existentes para que, de um lado, não se descaracterize a proposta original dos programas e, por outro, que não se atribua a eles um eventual “monopólio” ou uma obrigação em ter de tratar da temática do HIV/Aids em suas intervenções:

O PSF tem um apelo bastante importante por causa dessa lógica da prevenção, porque ele chega à comunidade com algo diferente do face-a-face das populações mais vulneráveis, ele chega à comunidade pelo lado “normal”, pelas famílias, para tratar das crianças, para falar do saneamento. Isso começou a dar certo, a orientar as pessoas para questões básicas, de como tratar água etc., isso é muito importante. Mas a partir daí todas as agendas do Ministério da Saúde começaram a ver no PSF um canal para levar sua proposta. Se for assim, o agente vai passar três dias em cada casa, porque ele tem de falar tudo. E mesmo na Aids, tem milhares de coisas. Acho que tem um limite, porque o PSF é outra coisa, outra programação, outra missão, e todo mundo está querendo se apropriar dela, porque deu certo, “vamos fazer tudo lá”, e aí ele se descaracteriza. Acho que há um entendimento limitado de que o PACS e o PSF vão dar conta de tudo. Tem que incorporar a Aids como se eles fossem os grandes mentores da saúde pública e tivessem que fazer tudo o que diz respeito à prevenção.<sup>235</sup>

Novamente, podemos observar aspectos de complementaridade entre ações governamentais e ações de ONGs. Diferentes linhas de ação, para diferentes públicos feitos por diferentes organizações, apesar das possibilidades de interação. O foco do trabalho das ONGs com populações mais vulneráveis parece se confirmar, também, a partir da afirmação do foco dos programas governamentais nas bases geográfica e familiar. Mostra também que trabalhos envolvendo educação pelos pares e *outreach work* não são exclusividade de ONGs, havendo esforço do Estado para criar capacidades semelhantes.<sup>236</sup> <sup>237</sup> Ainda assim, tais esforços parecem não substituir alguns dos aspectos da atuação das ONGs, conforme afirmado pelos gestores.

---

<sup>234</sup> Tais programas têm sido destacados como boas práticas na administração pública brasileira, e têm consolidado fortes bases políticas nos últimos governos, sendo relevantes também pela capacidade de cobertura populacional, qualidade da atenção prestada e sustentação no plano político administrativo, o que justifica o grande interesse no desenvolvimento desta parceria (Ministério da Saúde, 1999a:42).

<sup>235</sup> Entrevista concedida por Cristina Câmara, jul. 2005.

<sup>236</sup> Caso do PSF e PACS e, no campo da política de HIV/Aids, algumas atividades na área de assistência desenvolvidas pelo Estado, como a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT). Ou ainda os esforços de alguns CTAs na intensificação de seu *outreach work* para ampliar sua utilização (serviços de testagem e acesso/adesão à terapia anti-retroviral), especialmente pelas populações vulneráveis e marginalizadas, a partir da constatação de que a subutilização não se dava apenas por um critério geográfico, mas principalmente pelo seu *status* de marginalizada (The World Bank, 2004).

<sup>237</sup> Uma das avaliações do relatório do Banco Mundial sobre o Aids I e II (The World Bank, 2004:16) ressalta a alta qualidade dos serviços especializados em HIV/Aids visitados pela missão do Banco, nos quais se observou capacidade técnica, boa infra-estrutura de equipamentos, materiais e medicamentos, além de “*strong client orientation of service providers*”.

O *quarto e último aspecto* diz respeito à decisão governamental de incorporar ou não serviços tradicionalmente realizados por ONGs dentro da estrutura do SUS.

Os gestores entrevistados mostram preocupação ao pensar na estruturação de uma rede pública de saúde capaz de atender as demandas trazidas pela Aids, sobretudo em nível estadual e municipal. Para alguns, a divisão de trabalho construída ao longo dos anos, apesar de necessária, teria impedido a incorporação de certos trabalhos na rede do SUS. Consideram que a política pública só seria completa caso o SUS fosse capaz de garantir esses mesmos serviços que ao longo do tempo vêm sendo prestados pelas ONGs:

Com o passar dos tempos alguns serviços de saúde foram achando coisas esquisitas, como “prevenção é com ONG”, o que eu considero um despropósito visto que compete ao SUS garantir integralidade – que é a soma de prevenção, assistência e recuperação. Outros se esquivavam de cuidar de aspectos sociais dos clientes por acharem que isso também era tarefa de ONG, desconsiderando a necessidade de integrar políticas públicas dentro do próprio aparelho do Estado. Tornou-se uma espécie de terceirização de serviços que o Estado não tinha apetite de prestar, com isso diminuindo a capacidade ativista das entidades da sociedade civil.<sup>238</sup>

Existe uma certa distorção, porque isso acabou eximindo alguns papéis que deveriam ser desempenhados pelo Estado e passaram para ONGs, sem que elas tenham capacidade de dar abrangência e cobertura a essas ações. Portanto, existe uma cisão que tem de ser recuperada rapidamente.<sup>239</sup>

Acho que o grande sonho é que o serviço público possa incorporar as questões de informação e de divulgação. Mas isso eu ainda acho que é uma utopia. Na questão de atendimento, o ideal seria que o serviço assistencial pudesse ter a sensibilidade no atendimento. Não é que as ONGs devam abandonar essa inserção social legitimada que elas têm, mas ficou dividido, quando na verdade o serviço assistencial tem que ter a sensibilidade para o atendimento de todos os segmentos sociais. Na medida em que eles não incorporam isso, fica alguma coisa muito estanque, muito diferenciada. Não é uma crítica à ONG, talvez seja uma crítica ao serviço público.<sup>240</sup>

O gestor seguinte entende que a política de prevenção do governo federal consiste justamente em que as ONGs a realizem e, por esse motivo, não teria se dado a sua incorporação dentro da rede pública de saúde. Caso tal política não tenha continuidade, estaria instaurado um impasse, em face dessa não incorporação.

Basicamente o trabalho de prevenção ficou depositado nas mãos das ONGs. Não se pode dizer que o governo federal não tenha uma política de prevenção; ele tem uma política de prevenção e a política é justamente esta: as ONGs executam a prevenção. E não se criou no sistema único de saúde uma mentalidade de trabalhar com prevenção, o profissional de saúde é ainda aquele que apaga incêndio, que cura ferida, que cuida

---

<sup>238</sup> Entrevista concedida por Fábio Mesquita, jul. 2005.

<sup>239</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro, maio 2005.

<sup>240</sup> Entrevista concedida por Vera Menezes, ago. 2005.

de doente. Com a ausência de recursos do acordo de empréstimo, não sei o que vai ser da prevenção. Não se criou perspectiva de sustentabilidade para as ONGs e, ao mesmo tempo, não se criou uma mentalidade de prevenção no Sistema Único de Saúde. O problema vai começar a aparecer agora.<sup>241</sup>

As falas seguintes também refletem esse impasse na divisão de trabalho de forma bastante contundente. O primeiro gestor argumenta que a cobertura das ações dos projetos de ONGs não é suficiente diante dos contornos da epidemia de Aids, e que a opção tem sido a de financiar prestadoras de serviço que respondem ao trabalho de forma pouco eficiente:

O grande problema é que se por um lado ele [o trabalho da sociedade civil] desenvolveu e supriu essa deficiência do Estado, hoje, com a característica da epidemia, é insuficiente. Por mais que se estimule, que exista a organização da sociedade civil para dar conta a essas populações, elas continuam completamente descobertas. O que está acontecendo? O Estado, a partir das suas ações, está incentivando prestadores de serviços da sociedade, não é mais nem movimento organizado. Prestador de serviço, mesmo com baixa estrutura, baixa capacidade técnica e caro, porque tem que estruturar a ONG inteira. Há um estudo de contas nacionais, acho que 70 a 80 por cento do dinheiro das ONGs era proveniente do governo federal. Portanto investe-se dinheiro do Banco para o serviço público e deixa-se com a sociedade civil aquela tarefa que é absolutamente dela.<sup>242</sup>

Outro gestor aborda também a questão da cobertura dos projetos de ONGs em relação à cobertura da rede pública de saúde, e aponta a maneira como os novos contornos da epidemia, que avança para o interior do país, evidenciam a importância dessa rede nos locais onde não existem ações de ONGs. Mas mostra também a necessidade de que haja parcerias com novos grupos organizados:

Se a gente pensar, a sociedade civil está muito presente nas capitais, nas grandes cidades. Mas se for pensar em cobertura da sociedade civil em relação ao restante do país, a cobertura é muito pequena. Ai, vamos ver que de fato essa cobertura é dada pelo serviço de saúde. Na última pesquisa que fizemos a respeito disso, os preservativos são majoritariamente buscados das unidades de saúde. Não tínhamos essa idéia. Com a interiorização da epidemia, estamos buscando parcerias com organizações mais comunitárias, que diferem quanto à estrutura das ONGs/Aids. É um tipo de relação nova, penso até que não estamos cem por cento em dia com a identificação de que relação é esta, e até de melhores instrumentos para lidar com ela.<sup>243</sup>

A questão da incorporação dos serviços se insere dentro de um debate atualmente colocado: os projetos de ONGs contemplam diversas ações que se mostram como de caráter

---

<sup>241</sup> Entrevista concedida por Carlos Passarelli, maio 2005.

<sup>242</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro, maio 2005.

<sup>243</sup> Entrevista concedida por Raldo Bonifácio, jun. 2005.

contínuo, ou seja, que não deveriam ser interrompidas, mesmo com o final desses projetos. Assim, faz-se necessário pensar de que forma tais ações terão continuidade, se por meio de um apoio mais institucionalizado às ONGs – como já debatido na política de incentivo das Casas de Apoio – ou se pela incorporação a partir de programas governamentais locais. Para uma das atuais gestoras do PN, é nítida a necessidade de que essas ações sejam incorporadas pela rede pública de saúde, a partir da visão de que a prestação de serviços de forma continuada não caberia às ONGs.

Apesar disso, afirma-se que nem sempre o gestor local está disposto a assumir tais ações e que as ONGs, por si, preferem continuar a executá-las, ainda que não sob a forma de típica prestação de serviço.

Por um lado, o Estado tem que institucionalizar alguma coisa, não é política você terceirizar este serviço. Não há interesse em conveniar prestadoras de serviços da sociedade civil. Mas o Estado tem que ter condições de ele mesmo prestar esse serviço. Este é um dado também bastante concreto. É essa tensão que está em jogo hoje. Como é que se faz para não interromper uma política que deu certo, não tornar essas organizações prestadoras de serviço? Aí está um outro desafio na política de incentivo fundo-a-fundo: toda a parceria com a sociedade civil começou com projetos. Projeto tem início, meio e fim. E esses projetos hoje viraram programas, eles simplesmente não podem ser interrompidos [...] Quem é que assume este programa – uma ONG ou o governo? Isso é um foco de tensão. As ONGs preferem não abrir mão de continuar fazendo essa atividade. Mas não como prestação de serviços. E, do ponto de vista de saúde, e do profissional de saúde, e do serviço, ele não faz a menor questão de assumir o programa dessa envergadura e dessa complexidade. É complicado ter que lidar com a população mais vulnerável, marginalizada. Chegou-se a discutir certa época que seria melhor financiar as ONGs anualmente em vez de fazer projeto. Mas há essa tendência clara: se deixou de ser projeto para ser programa, deveria ser incorporado pelo Estado [...] O papel que a sociedade civil tem que prestar é de controle social, ter certeza de que o recurso está sendo aplicado, que o serviço está sendo bem feito, de especialização, de composição, de ver se está sendo bem executado, e não de prestador de serviço. Prestador de serviço é uma atividade inerente ao Estado, neste caso.<sup>244</sup>

A fala seguinte expõe duas idéias consideradas opostas: o fato de o governo apoiar ações de ONGs representaria uma forma de omissão na qualificação da rede pública de saúde, em sua estruturação e na disponibilização de serviços tradicionalmente prestados pelas ONGs:

Houve severas críticas no sentido de que era uma forma de o Estado se eximir de algumas ações, na responsabilidade em criar, fortalecer, disponibilizar serviço de qualidade para a população; de que isso fica um pouco de lado ou se joga na ONG. É a ONG que vai fazer aconselhamento, que vai alertar para a necessidade de se fazer o teste, que vai batalhar o lugar para a pessoa fazer um teste etc.<sup>245</sup>

---

<sup>244</sup> Entrevista concedida por Karen Bruck, jun. 2005.

<sup>245</sup> Entrevista concedida por Lilia Rossi, nov. 2004.

Na sequência dessa fala, ressalta-se que juntamente ao apoio governamental dado a elas, é necessário pensar no fortalecimento da rede pública de saúde nos estados e municípios, para que esta assuma suas funções. Trata-se de ações complementares e simultâneas:

Eu acho que nos preocupamos muito em não delegar à ONG a responsabilidade do Estado. Não nego que, lógico, existem falhas no processo. Mas acho que isso também serviu para que tivéssemos uma outra perspectiva – no segundo e no terceiro acordo de empréstimo o foco maior era nos serviços, no programa. Não vamos abandonar ONG, continuamos fortalecendo, mas o foco maior tem que ser dado aqui até para não continuarmos essa via de acesso, de estado e município estarem jogando para as ONGs a responsabilidade que é do Estado. É uma forma pela qual fortalecemos esses serviços e os programas.<sup>246</sup>

A questão da divisão de trabalho é discutida sob um novo enfoque. A fala de outro gestor nos traz alguns pontos importantes: o primeiro consiste na discussão sobre a capacidade ou não de o Estado desenvolver trabalhos semelhantes aos das ONGs. O segundo indica que ele parece defender que o trabalho corriqueiro seja feito pelo serviço de saúde – como já afirmado por outra gestora –, e que fiquem a cargo das ONGs certas ações às quais se poderia atribuir caráter mais “estratégico”. Trata-se de projetos de inovação e de *advocacy*, abrindo-se, portanto, a divisão de trabalho historicamente construída.

Novamente menciona-se a impossibilidade em garantir uma cobertura adequada de ações, se contarmos apenas com o trabalho das ONGs:

Hoje o serviço de saúde tem estrutura, tem instrumentos para trabalhar em comunidade. É uma falácia dizer que o Estado não tem competência para trabalhar em comunidade. Ele pode criar e gerar competência – veja-se o agente comunitário de saúde, o PSF etc., que são membros da comunidade, selecionados, capacitados e que poderiam estar fazendo intervenção diretamente. Hoje, só é possível dar abrangência e ter uma cobertura ideal para as populações mais vulneráveis desde que o Estado de fato atue. E, ao mesmo tempo, essa atuação do Estado possibilitaria a inclusão dessas pessoas de forma mais imediata nessa atenção individual, ou seja, nos serviços de saúde curativos, ambulatoriais etc. Isso não implica tirar o papel da ONG, mas que seja complementar, não focalizado tão fortemente. As ONGs são muito melhores para fazer inovação, *advocacy*, levantar necessidades, enquanto a parte de exercer as ações de prevenção deveria ficar no âmbito do município, não necessariamente sob uma divisão de trabalho tão forte.<sup>247</sup>

Neste ponto, as visões dos gestores são divergentes. Para esta gestora, apesar da constatação de que programas estaduais e locais vieram, ao longo dos anos, incorporando

---

<sup>246</sup> Entrevista concedida por Lilia Rossi, nov. 2004.

<sup>247</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro, maio 2005.

ações que inicialmente eram desempenhadas por ONGs, ainda assim fica a visão de que o trabalho dessas organizações continua sendo importante:

Hoje em dia o panorama muda um pouco, sobretudo a partir do segundo acordo de empréstimo. As redes de serviço já conseguem acessar esses grupos [mais vulneráveis]. Mas não é da mesma forma que a ONG acessa. O usuário de drogas chega ao serviço, a prostituta chega ao serviço e tem quem atenda, e tem serviço dentro da rede que faz um trabalho de prevenção específico para alguns grupos populacionais de difícil acesso. Mas ainda assim não é o mesmo, ainda não se tem o mesmo resultado, com a rede, que se tem com a ONG [...] O serviço ainda tem dificuldades no acolhimento: “como é que eu converso com essas pessoas, como é que eu converso com uma travesti que chega num CTA para fazer um exame ou o teste?” às vezes a equipe não está muito bem preparada para receber essa travesti, para tratá-la da forma como ela tem que ser tratada, como todo e qualquer cidadão. Com o Aids I se estrutura a rede; no Aids II e no Aids III se aprimora a qualidade do serviço, do acolhimento dado por essa rede, pensando, lógico, nas mudanças, no avanço, no perfil, na mudança do perfil da epidemia nesse tempo.<sup>248</sup>

Parece existir, entre os gestores, a impressão de que o trabalho das ONGs continua sendo essencial, por mais que a rede de saúde incorpore as medidas necessárias. Reproduzimos aqui uma fala mais extensa do atual diretor do PN, na qual se afirma a necessidade de aprendizado e incorporação pelo Estado de práticas desenvolvidas pelas ONGs no trato com populações mais vulneráveis. Constata-se que mesmo que o serviço público consiga atingir maior excelência nessas ações, o trabalho das ONGs continuará necessário em outras áreas. Ressalta-se a capacidade de inovação das ONGs, a trazer para o Estado novas formas estratégicas de ação para a política pública de Aids:

Nós temos claro que não corresponde à sociedade civil a execução plena das ações, nem de prevenção, nem de assistência. A sociedade civil atua de modo complementar às ações do governo. Ou, numa abordagem específica, porque o governo não tem condições operacionais de implementação ou capacidade técnica. Eu sempre tomo o exemplo de Brasília – nos anos 90, o GAPA de Brasília fazia intervenção no CONIC – uma área em que à noite existe comércio sexual. E o GAPA ia lá a partir das dez da noite. Eu pergunto: qual é a unidade de saúde do serviço público cuja equipe vai se deslocar às dez da noite para atuar? Em segundo lugar, o serviço público tem que se preparar melhor para poder dar respostas para alguns segmentos. O serviço público tem que aprimorar a sua abordagem no trato com usuários de drogas, prostitutas, em relação às travestis. Ou seja, nós temos que aprender com a sociedade civil a forma de abordar, a forma adequada, ética, respeitosa, respeitando as diversidades. Aprender com a sociedade civil, incorporar ao serviço público, mas mesmo assim, quando o serviço público tiver condições de fazê-lo, também vamos precisar da sociedade civil como um parceiro importante, porque em muitas ações com certeza o poder público não terá condições operacionais de exercer.

---

<sup>248</sup> Entrevista concedida por Lilia Rossi, nov. 2004.

A prevenção também é difícil, porque na assistência você pode ter um médico mais enfático para tratar o problema –, mas na prevenção você tem que ter uma abordagem mais distinta e continuada. Por mais que a gente insira o serviço de saúde e faça com que o serviço de saúde seja o responsável direto por essas ações, nós de modo algum podemos abrir mão da sociedade civil como parceira, primeiro porque seria cortar a inovação. A sociedade civil está sempre inovando, criando, apresentando alternativas, trazendo novidades para que a gente possa analisar e implementar.<sup>249</sup>

Por fim, a questão da cobertura das ações é novamente exposta:

A ação complementar, do ponto de vista da ação do Estado, [ocorre] em função das restrições do Estado em não ter capacidade operacional e técnica para atuar na parceria com determinados segmentos da população. Ao mesmo tempo, o Estado tem que assumir cada vez mais a função para ampliar a cobertura. Quer dizer, as ONGs são estratégicas, têm uma função estratégica, têm condições de operacionalizar, formulam mais do que o próprio Estado, mas também não podem ter a cobertura universal do país. Elas são importantes, necessárias, mas não esgotam em si mesmas o papel do Estado.<sup>250</sup>

Parece que se chega, portanto, a um estranho paradoxo. Por um lado, as ações de ONG continuam essenciais para a condução da política pública de HIV/Aids, e, por outro, entende-se que a estrutura do SUS deve ser capaz de realizá-las e assumir essas atividades. Esse entendimento nos lembra que, inicialmente, havíamos afirmado que alguns gestores pensam a divisão de papéis entre governo e ONGs na política de Aids enquanto uma divisão que opõe a “prestação de serviços” ao “controle social”.

Talvez as falas não sejam opostas, se considerarmos que os gestores que afirmam a imprescindibilidade das ações de ONGs o fazem a partir da uma constatação de que o serviço público não será capaz de absorver tais ações em sua integralidade, e que a realidade da Aids no país mostra que ainda existem deficiências na rede pública, especialmente no tocante às ações de prevenção.

Apesar disso, entendemos que as falas mais contundentes dos gestores sobre a não existência de ações de prevenção no serviço público devem se relativizadas, a partir dos dados trazidos dos projetos de OGs, como discutido no início deste capítulo.

Se retomamos o que foi proposto por Gidron et al. (1992) sobre a importância em se diferenciar a questão o financiamento da efetiva prestação dos serviços, poderemos entender que o Estado efetivamente assume essas atividades na medida em que as financia e as regula. Sob este ângulo de análise – e sem entrar na questão da cobertura dessas ações –, o serviço está sendo cumprido e o Estado assume seu papel de garantir as ações necessárias no combate

---

<sup>249</sup> Entrevista concedida por Pedro Chequer, jun. 2005.

<sup>250</sup> Entrevista concedida por Pedro Chequer, jun. 2005.



ao HIV/Aids, ainda que sejam cumpridas por entidades não estatais. Novamente, como ressaltado por Bresser Pereira e Grau (1999), a transferência na prestação da atividade não altera a responsabilidade do Estado.

Além do mais, os dados apresentados nos fazem concluir que a questão da divisão de trabalho não deve ser colocada em termos rígidos, como se apenas a ONG ou apenas o Estado realizassem ações de prevenção. Formas alternativas podem ser pensadas. Por exemplo, alguns gestores narram a experiência de diversos programas municipais que se tornaram referência em ações de prevenção com populações vulneráveis, como o caso de Santos e de Porto Alegre em seus programas de redução de danos para usuários de drogas. Além disso, contratações de agentes entre essas populações são possíveis e vários municípios a realizaram dessa forma, sem que houvesse necessariamente uma perda de qualidade das ações:

Acho que depende de quem dirige a máquina do Estado. Eu dei sorte de trabalhar com gente como Telma de Souza ou Marta Suplicy, pessoas completamente e sempre engajadas em lutas de aceitação da diversidade e de direitos universais. Com elas foi tranquilo trabalhar conceitos como “empregar” agentes de saúde comunitários (*peer education*) de populações estigmatizadas. Foi lindo ver travestis, usuários de drogas, profissionais do sexo feminino mensalmente irem à Secretaria de Fazenda do Município de São Paulo – um local careta aonde a população vai para questionar seus impostos e taxas –, mensalmente receber seu “salário” – ajuda de custo – pelo trabalho de prevenção “contratado” diretamente pela Prefeitura. A Telma montou a primeira Casa de Apoio com dinheiro público em 1989, foi inaugurada com pompa, com vizinhos e autoridades locais descerrando placa.<sup>251</sup>

Outra questão diz respeito às experiências do PSF, que trazem possibilidades de contratualização a serem adotadas por municípios:

Essa é uma entrada no SUS que permite contratação de pessoas que não são do quadro, que são pontuais, e isso é interessante porque num determinado momento o programa de Aids de São José do Rio Preto começou a contratar profissionais do sexo pelo PSF, como agentes de saúde, para falar com seus pares, ao invés de sobrecarregar os agentes de saúde do PSF. Isso significa valorizar o trabalho dos agentes multiplicadores, de quem faz a prevenção. As pessoas deveriam ganhar para isso, isso é trabalho. Isso possibilita que você trabalhe como agente multiplicador no trabalho de Aids, como um profissional, que você remunere formalmente, com verba do Estado, que não passa por nenhuma instituição. Afinal, nem todo mundo é obrigado a estar em ONG. Você faz do PSF uma referência de saúde pública para “todos”, mas o todo não é homogêneo, ele é segmentado – e uma discussão muito polêmica dentro do SUS diz respeito à igualdade e à equidade.<sup>252</sup>

---

<sup>251</sup> Entrevista concedida por Fábio Mesquita. Julho de 2005.

<sup>252</sup> Entrevista concedida por Cristina Câmara. Julho de 2005.

Parece haver ainda uma dificuldade entre vários dos gestores federais em conceber a prestação de serviços públicos fora da estrutura estatal. As razões para essa postura parecem ser de duas ordens: a primeira se relaciona ao cumprimento das diretrizes do SUS, a garantir a integralidade e universalidade de serviços de saúde dentro da rede; a divisão de trabalho historicamente construída é questionada a partir da constatação da baixa cobertura das ações de ONGs e da existência de lugares que dependem exclusivamente da rede pública de saúde, notadamente aquelas mais distantes das grandes regiões urbanizadas.

As falas dos gestores também parecem se relacionar a dois dos problemas apontados por Morales (1999) nas experiências na prestação de serviços públicos sociais por parte de OSCs:

- resistência burocrática, “empurrando” as experiências para áreas periféricas e complementares – na medida em que as falas revelam o desejo de que a rede pública incorpore e passe a realizar os trabalhos anteriormente feitos pelas ONGs;
- comprovação de eficiência e efetividade, não apenas em pequena escala – na medida em que as falas tocam na questão da baixa cobertura das ações de ONGs.

A segunda razão é que a tarefa das organizações da sociedade civil deveria estar direcionada principalmente ao controle social, o que não se efetivaria na medida em que as ONGs se dediquem a prestar serviços corriqueiros na área de prevenção e assistência.

A fala de Galvão (2000:201) coloca a questão em sentido idêntico, ao mencionar um suposto processo de “ONGnização do Estado”:

Será possível falar de uma “ONGnização” do Estado? No caso da epidemia de HIV/Aids no Brasil, esta “ONGnização” poderia estar acontecendo não somente pela absorção de integrantes de ONGs em cargos relevantes no Programa Nacional de Aids, mas também pela forma com que algumas ações estão sendo implementadas pelo Programa Nacional de Aids, sozinho ou em parceria com as instituições da sociedade civil com atividades em HIV/Aids. E, segundo minha avaliação, esse procedimento, sim, pode ser um sério entrave para que as ações e iniciativas, agora em andamento, tenham, no futuro, possibilidades de continuidade e desdobramentos.

Tendemos a interpretar essa fala como reveladora de um desejo de incorporação total da execução direta das atividades de prevenção pela rede estatal de saúde. Mas, a integralidade de ações deveria se garantida apenas pela rede pública? A questão admite algumas possibilidades:

Em lugares onde tradicionalmente não existem ações em HIV/Aids vindas da sociedade civil, de fato a opção mais factível é que a rede pública de saúde passe a oferecer essas ações. Neste processo, deve-se estimular a participação da sociedade civil, a partir das instâncias de controle social já existentes, como os Conselhos de Saúde. Também é possível pensar em intercâmbios com ONGs de localidades próximas, ou a partir de uma articulação com o Fórum Estadual de ONGs/Aids. Em um contexto como este entende-se não só a necessidade de ampliação de cobertura, como também o papel crucial que a rede pública desempenha nesta tarefa.

Além disso, algumas populações que, ao longo dos últimos anos, vêm se tornando mais vulneráveis ao HIV – mulheres, população carente e população rural/do interior –, provavelmente só poderão ser alcançadas efetivamente pela rede pública de saúde (The World Bank, 2004)<sup>253</sup> ou por organizações comunitárias de perfil distinto das tradicionais ONG/Aids – como vimos há pouco, em outra entrevista.

Já para lugares onde existem ações consolidadas de ONGs, notadamente nos grandes centros urbanos, a discussão sobre a incorporação pela rede pública parece se tornar mais complexa. Se por um lado é razoável supor que as ações de ONGs não conseguem dar a cobertura necessária, por outro lado é também razoável questionar até que ponto há o risco de que o Estado chame para si tais atividades, deixe de apoiar as iniciativas da ONG e não consiga implementar adequadamente tais atividades, o que nos levaria ao menos desejável dos quadros.

Creemos, portanto, que a questão da incorporação de atividades tradicionalmente desempenhadas pelas ONGs no âmbito do SUS não deve ser pensada em termos de oposição Estado/ONGs, como parece transparecer em algumas falas. A incorporação pelo SUS não deveria representar, *a priori*, o abandono do apoio às ações que vêm sendo desenvolvidas pelas ONGs ao longo dos últimos onze anos – seja para atividades de caráter mais contínuo seja para aquelas de caráter mais inovador e/ou estratégico –, o que significaria a descontinuidade e mudança radical dessa divisão de trabalho que vem sendo construída.

Mas isso não significa uma proposta de que as ONGs assumam a cobertura nacional das ações de prevenção.<sup>254</sup> Apenas que, nos locais onde historicamente elas assumiram um

---

<sup>253</sup> Diferentemente das populações vulneráveis desde o início da epidemia, como homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas, e que em sua maioria se concentram no Sul e Sudeste do país e nas áreas mais urbanizadas.

<sup>254</sup> É certo que tal proposta não é sequer discutida no âmbito do PN ou pelas ONGs, não tendo sido mencionada nas entrevistas dos gestores federais. Mas ainda que houvesse um consenso, o perfil desse setor, revelado pelas pesquisas do Ministério da Saúde (2001b) e Unesco (2005) mostra que não haveria estrutura para tanto. O número aproximado de ONGs com atividades em Aids é calculado em torno de 600. Os dados coletados pelo

papel importante na prestação desses serviços, essa parceria possa continuar sendo apoiada, até porque se a ação se constituiu ao longo dos anos, provavelmente o Estado não foi capaz de oferecer uma alternativa semelhante ou, na melhor hipótese, fomentou o desenvolvimento dessas respostas governamentais. Ou seja: a princípio, não haveria uma razão concreta para que este quadro de apoio a uma política de parcerias na prestação de serviços fosse alterado.

#### **4.5 Considerações Finais**

O presente capítulo buscou mostrar quais são os serviços prestados pelas ONG na política de combate ao HIV/Aids, a partir de uma hipótese de divisão de trabalho entre estas e o Estado, a qual, acreditamos, pode ser demonstrada de forma satisfatória. No entanto, não se trata de uma divisão rígida, comprovando-se também que o Estado, além de assumir a área de estrutura hospitalar, exames e insumos de prevenção, também possui projetos de prevenção e assistência para populações vulneráveis, ainda que não na mesma extensão que as ONGs.

Percebe-se também que não se trata de uma divisão institucionalizada, a exemplo de outros países, como a Holanda, onde as organizações do terceiro setor assumem grande parte da produção de serviços sociais, de forma quase monopolística (Aquina, 1992), ou mesmo na Alemanha, onde se criaram mecanismos legais rígidos para definir responsabilidades e evitar sobreposição de ações (Anheier, 1992).<sup>255</sup>

A partir daí, buscamos refletir sobre algumas de suas características e sobre algumas das consequências que essa divisão de trabalho traz para a política pública, e que foram levantadas pelos gestores durante a entrevista e no aprofundamento da análise dos documentos governamentais.

Como se observa, a divisão de trabalho historicamente construída entre Estado e ONGs passa por um claro processo de revisão por parte dos gestores da política pública de

---

Ministério da Saúde (2001b) evidenciam que a maioria das ONGs tem pequena estrutura tanto no que se refere a recursos humanos (49,6% possuem até 5 funcionários ou prestadores de serviço e 65,67% possuem até 20 voluntários), e ao orçamento anual (68,06% possuem orçamento anual entre R\$ 50 e R\$ 100 mil, tendo muitas delas afirmado possuir orçamento menor que R\$ 50 mil, valor não assinalado pelo fato de aquela faixa ser a primeira opção). Os números parecem apontar para uma estrutura fixa remunerada pequena e uma utilização importante de voluntários, o que não parece ser um perfil adequado para uma prestação de serviços em caráter maciço.

<sup>255</sup> Tendo como base o princípio da subsidiariedade, o autor relata a aprovação de leis na área social entre 1950 e 1975, que, entre outras medidas, garantiam o financiamento estatal às entidades do terceiro setor e determinavam que se existissem organizações em determinado local provendo serviços à população, o órgão público deveria se abster de implementar suas próprias medidas.

Aids, que se refere justamente a sua manutenção ou não. Tal processo está em curso, e não isento de conflitos e contradições.

Será que a configuração do SUS impediria ou dificultaria uma divisão de trabalho mais formalizada entre Estado e ONGs? Fica claro que muitos dos gestores manifestam receio de que a designação ou atribuição de tarefas às ONGs possa significar uma retirada ou omissão do Estado dessas mesmas funções, o que, novamente, parece negligenciar o caráter do Estado enquanto financiador e regulador de serviços públicos.

Parece que a visão do SUS impede que haja uma opção consciente em parcerizar com ONGs. Atribuir às ONGs uma série de atividades na área de prevenção parece representar um desrespeito ou uma não-aplicação dos princípios do SUS. Acreditamos que o contexto histórico de redemocratização do país e construção do SUS tem influência nesta visão. Afinal, lutou-se durante tanto tempo para que o Estado se democratizasse e aceitasse um conceito de saúde enquanto direito irrestrito e obrigação do Estado; por que agora se iria permitir que esse mesmo Estado não fosse chamado a cumprir esta obrigação?

No entanto, é curioso o fato de que o SUS conta com um grande número de prestadores privados de serviços, a exemplo dos hospitais filantrópicos, e não parece que, por isso, o caráter público da rede seja questionado. Sabe-se, ainda, que a própria legislação do SUS preconiza a busca de parcerias com o terceiro setor, sempre que a demanda por serviços de saúde exija um volume de ações além do que o Estado tenha capacidade em oferecer.<sup>256</sup>

Essa preocupação se insere em alguns dos desafios expostos por Morales (1999:74-5) ao analisar aspectos da provisão de serviços sociais através de organizações públicas não-estatais. Há o desafio de manter a responsabilidade do Estado para com o interesse público, no momento em que ele deixa de ter vínculo direto com os direitos sociais. O autor questiona se as potencialidades trazidas pelo Público não-estatal são suficientes para assegurar que o Estado não abandone sua responsabilidade pública e atuação em benefício da sociedade:

Nessa difícil travessia, há duas dimensões a considerar: uma, referente a ações dirigidas para a afirmação de direitos e ampliação da participação política nas decisões; e outra, de ações voltadas para a produção de bens e serviços públicos. As duas dimensões são inseparáveis e se alimentam de uma dupla relação com o Estado: de um lado, exigir o cumprimento de sua responsabilidade histórica, pressionando, protestando, numa relação de natureza conflitante; de outro, substituí-lo na prestação de serviços sociais, colaborando, associando-se, numa relação de natureza solidária. (1999:75)

---

<sup>256</sup> O art. 24 da Lei 8.080/90, que regulamenta o SUS, determina que quando as disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. Neste caso, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos têm preferência na parceria com o Poder Público (Ministério da Saúde, 2004d).

A implantação do SUS ainda traz muitos desafios. Especificamente no campo da Aids, são apontadas a instabilidade política das equipes de coordenação em nível estadual e municipal, a existência de estruturas de gestão incipientes, a falta de priorização das ações de DST e Aids, a escassez de recursos humanos capacitados no gerenciamento, planejamento e M&A e, principalmente, a pouca integração ainda existente das ações de DST e Aids no SUS (Ministério da Saúde, 1999a). Há, portanto, um diagnóstico de ações necessárias que necessitam ser implantadas. Mas, como expusemos no tópico anterior, entendemos que essas ações não podem ser implantadas partindo-se de uma oposição e necessidade de escolha entre ações do Estado ou ações de ONGs. Novamente, o paradigma da “soma zero” não parece ser a melhor opção a considerar.

A fala de um dos gestores parece caracterizar bem o paradigma da oposição, no sentido de que o Estado teria se beneficiado das ONGs em um momento de incapacidade de ação, mas que, agora, é necessário assumir tais ações:

Eu acho que é mais interessante você exigir que o governo faça o seu papel de prestar assistência, e é perigoso quando o terceiro setor ou o movimento social assume essa responsabilidade de fazer o serviço que o Estado tem que fazer. Principalmente quando você acredita que a saúde é um direito de todos e é um dever do Estado, é o que está na lei. Mas você tem que reconhecer que o Estado não consegue chegar em todos os lugares, principalmente quando se está falando em termos de Aids. Você está falando de pessoas que usam droga, homossexuais, travestis, são pessoas que têm dificuldade de acessar serviço de saúde por conta do tipo de comportamento, do tipo de vida que levam, por conta do preconceito. Existe dificuldade do sistema de saúde em atender essas pessoas, e elas não chegam, e quando chegam são mal atendidas por um despreparo do profissional de não saber como lidar com essas populações. Aí, sim, você precisa da ONG, você precisa do movimento social para chegar até essas pessoas na medida em que as ONGs falam a língua, são formadas por pessoas que estão na comunidade, é mais fácil. Isso deveria ser trabalhado como algo transitório, para ampliar o acesso dessas populações de difícil acesso ao serviço. O ideal seria que enquanto você não tem nos serviços esse tipo de acolhimento, se a pessoa não se sente bem acolhida, então você tem que ter as ONGs fazendo esse papel. Mas não deveria se constituir em algo permanente. É o Estado que tem que assumir essas funções.

Concluindo, parece haver uma oposição entre o discurso trazido pela reforma do Estado e a lógica da consolidação do Sistema Único de Saúde – a partir da visão trazida pelos gestores entrevistados. Enquanto o primeiro discute as “condições estáveis para a retirada do Estado como produtor direto de bens e serviços” (Bresser Pereira & Grau, 1999:38),<sup>257</sup> o

---

<sup>257</sup> Os autores reconhecem haver tensões que afloram do surgimento do setor público não-estatal em relação ao Estado, e contradições existentes no seio do setor público não estatal. Para que o público não estatal possa se

outro fala justamente na incorporação de novos serviços por esse mesmo Estado. Ou, em outras palavras, uma oposição entre “fortalecer as funções de regulação e coordenação do Estado” (Morales, 1999:80) e garantir a integralidade das ações de saúde com um foco quase que exclusivo na ação estatal.

Se relacionarmos essas duas visões, talvez seja possível afirmar que o recuo do Estado como produtor direto de bens e serviços dependerá em grande parte do sucesso das iniciativas da sociedade para substituí-lo de forma eficaz e duradoura (Morales, 1999). Dependerá também da decisão estatal em permitir esse processo e/ou da pressão das ONGs por manter e ou expandir – seja em que extensão for – tais serviços.

Fica a impressão de que, se isso foi feito até hoje, da parte do gestor foi mais por deficiência do Estado e pelas suas impossibilidades.<sup>258</sup>

O outro aspecto polêmico da divisão de trabalho se relaciona a um suposto *trade off* entre a produção/entrega de serviços pelas ONGs e a capacidade/papel de controle social.

Essa questão é prevista nos modelos teóricos colocados (Gidron et al., 1992), e o modelo colaborativo admite duas variações a partir justamente do grau de influência política das organizações do terceiro setor e da extensão de sua discricionariedade na implantação dos programas de que fazem parte.

É uma questão que surge naturalmente a partir do momento em que as ONGs assumem um papel predominante na provisão de serviços financiados pelo Estado e inevitavelmente se colocam no universo de regulação e requerimentos estatais (1992:28). Há a preocupação de que essa interação seja capaz de preservar as funções representativas e de *advocacy* dessas organizações, bem como o seu potencial para inovações. Mas, ao mesmo tempo, o receio e a constatação de alguns gestores quanto a uma suposta diminuição no ativismo das ONGs, na medida em que consolidam o caráter de “prestação de serviço”, também não revelaria uma certa dureza do Estado em aceitar os termos desse controle social que tanto se propõe? Para esta pergunta, pensamos em duas possíveis respostas: ou as ONGs não possuem capacidade para esse exercício e para resistir a pressões indevidas ou indutivas por parte do Estado, ou não teriam disposição, enquanto atores políticos, em associar financiamento com a capacidade de controle social.

---

desenvolver, é necessário que se reconheça a existência desses processos e se reconheça ainda tratar-se de um campo em disputa.

<sup>258</sup> Tal afirmação deve ser considerada nos devidos termos. Uma vez que a presente análise considera apenas a visão do gestor federal, é necessário perquirir também as motivações da parceria pela ótica das ONGs.

Da parte do Estado, há que perguntar o quão disposto se mostra em não fazer do seu financiamento uma arma de barganha visando a um menor controle social por parte das ONGs.<sup>259</sup>

Morales (1999) reflete sobre a questão ponderando que não são todas as ONGs que poderiam se adaptar à função de prestadores continuados de serviços sociais. No entanto, também considera precipitado concluir que apenas as entidades por ele denominadas *Organizações públicas não-estatais consolidadas de serviços continuados* – como por exemplos hospitais e escolas – sejam as únicas habilitadas para tanto.

Se por um lado o autor chama a atenção para a existência de organizações que perderam o sentido de interesse público ao privilegiar relações clientelísticas ou que se dobraram a ataques clientelistas dos órgãos estatais que as supervisionaram, por outro considera necessário também reconhecer os problemas inerentes aos processos participativos.

Uma possibilidade de contornar essa situação pode estar justamente no papel que os fóruns de ONGs/Aids e os encontros nacionais e regionais de ONGs/Aids ou outras redes, como RNP+ e EBGLT vêm desempenhando, ao permitir trocas de informações entre as organizações e o fortalecimento de suas posições no diálogo com as instâncias governamentais.<sup>260</sup>

Para tanto, o apoio do Estado a esses encontros – como normalmente vem ocorrendo<sup>261</sup> – representa uma forma de garantir que a capacidade de ativismo e controle social seja garantida e estimulada. Da mesma forma, o financiamento de projetos estratégicos na área de *advocacy*, como feito por um dos últimos editais lançados pelo PN, em 2004.

Alguns dos estudos de caso mostrados em Gidron et al. (1992) e Kramer et al. (1993) nos mostram a existência dessas mesmas preocupações e a busca de soluções para conciliar o caráter de prestação de serviço e a capacidade de controle social.

---

<sup>259</sup> Um dos documentos do PN chama justamente a atenção para a necessidade de respeito à autonomia das OSCs, apontando o acesso a fundos públicos mediante concorrência como forma de “consolidar os princípios contidos na relação público-privado e com respeito à autonomia (sem cooptação ou aprisionamento) das OSC” (Ministério da Saúde, 2004d:5).

<sup>260</sup> A criação dos fóruns de ONGs responde à necessidade de se estabelecerem espaços coletivos de discussão de estratégias articuladas de ação política em relação à Aids. Tem sido avaliado que essas estruturas organizativas facilitam e potencializam as articulações em nível nacional. (Ministério da Saúde, 1999a:156-7).

<sup>261</sup> Um aspecto que evidencia essa afirmação se traduz em uma das linhas de financiamento disponíveis para projetos de OSCs, qual seja, desenvolvimento institucional. Por meio desta linha, o PN apóia uma série de eventos e encontros de ONGs, com o objetivo de debater e compartilhar as experiências no combate às DST/HIV/Aids, gerar maior mobilização da sociedade civil e buscar alternativas de sustentabilidade e desenvolvimento técnico. Outro fator considerado e que se soma a este é a promoção de capacitação em áreas como planejamento, monitoramento e avaliação das ações de prevenção, com o que é possível obter um incremento gerencial das ONGs. (Ministério da Saúde, 1998a).



Este trabalho não tem como função avaliar o nível de autonomia ou influência política das ONGs. Ainda sim, pensamos ser possível concluir que o fato de o Estado incentivar ou se valer da prestação de serviços na política de Aids pelas ONGs não leva necessariamente à diminuição da sua capacidade de controle social. Neste ponto, Mann e Tarantola (1996) parecem ter razão ao mencionar o curioso paradoxo que se instala, na medida em que o incentivo dado por muitos governos no financiamento de ONGs como forma de reduzir gastos do Estado em HIV/Aids tende a levar à formação de articulações que demandam expansão de serviços públicos em saúde.

Novamente, parece haver uma oposição entre esta lógica de *trade off* e a lógica defendida por autores como Kramer et al. (1993) e Gidron et al. (1992), para os quais o apoio do Estado tem papel decisivo no fortalecimento de organizações do terceiro setor. Nos países por eles estudados, encontraram-se evidências de uma relação de causalidade entre a extensão do apoio estatal e o maior desenvolvimento do setor, a reforçar maior adequação do paradigma de colaboração, em detrimento do paradigma do conflito. Até porque, nunca se esteve diante de apenas uma lógica de compra de serviços. Parece haver um consenso de que só faz sentido “apostar” em entidades do terceiro setor enquanto produtoras de bens e serviços de cunho social se esse processo vier acompanhado de medidas práticas de “empoderamento dos setores mais vulneráveis e auto-regulação social” (Bresser Pereira & Grau, 1999:38). Ou seja, em um novo contexto de Reforma do Estado, não parece ser possível dissociar a produção de bens e serviços do controle social.<sup>262</sup>

Um dos documentos do Ministério da Saúde (1998a:61) expõe essas questões da seguinte forma:

Inicialmente, as ações da sociedade civil organizada assumiam uma postura crítica em relação ao Governo, até porque não haviam percebido ações governamentais mais sistematizadas, sobretudo no âmbito nacional, em face da epidemia nascente.

A parceria entre o PN-DST/Aids e as organizações não-governamentais deu-se no sentido de prover as condições para uma ação comunitária efetiva no campo da prevenção e da assistência, constituindo, atualmente, uma importante experiência na administração pública brasileira, seja pela definição compartilhada das linhas de uma política pública, por meio da participação formal em comissões e comitês nacionais, seja pela superação produtiva das dificuldades da articulação intrinsecamente tensa entre militância social, conhecimento técnico e ação de governo.

---

<sup>262</sup> O fenômeno do público não-estatal é simultaneamente econômico e político. Produção e controle estão intimamente relacionados (Bresser Pereira & Grau, 1999:43).

Uma das gestoras entrevistadas entende que a colocação dessa questão revela um padrão ainda não institucionalizado do que se considera “não-governamental”, se comparado a outros países, e que ainda se encontra muito presente o aspecto de contestação e militância:

É um outro mito dizer que as ONGs têm mais necessidade de responder aos projetos, àquela tal “ditadura dos projetos” de que sou contra. Enfim, tornou-se senso comum falar da ditadura dos projetos, por isso as ONGs não tinham tempo para o civismo porque tinham que se ocupar das questões técnicas, da contabilidade etc. É porque isso, para nós, é muito novo. A nossa referência de não-governamental no Brasil é ativista no sentido militante, no sentido reivindicativo, no sentido de grupo de pressão. Quando eu vou ao Canadá, por exemplo, a referência não é essa. A referência deles, por exemplo, de existência como entidades sem fins lucrativos, é institucionalizada, é totalmente pensada dentro da estrutura da dinâmica da divisão de trabalho na sociedade, recebem quase 80 por cento da sua verba governamental e isso não põe em questão, de maneira nenhuma, a sua autonomia, as suas críticas, os seus fóruns de pressão política.<sup>263</sup>

O caso do terceiro setor na Inglaterra é um outro exemplo no qual se discutiram formas de manter a independência e capacidade de *advocacy* de organizações do terceiro setor, em um contexto em que elas eram tidas como potencial substituto do Estado na provisão de uma série de serviços sociais (Taylor, 1992). A solução proposta pela autora é que funções cruciais como *advocacy* sejam preservadas, dentro de um modelo colaborativo que disponibilize subsídios públicos e mantenha a autonomia das organizações. Para a autora, o Estado não deve simplesmente financiar serviços mas também ter responsabilidade financeira em sustentar a saúde e vitalidade dos setores dos quais depende para entrega de serviços, disponibilizando recursos para financiamento de infra-estrutura, por exemplo.

Finalizadas estas reflexões, cabe lembrar que a análise da questão da divisão de trabalho para os serviços na política pública do HIV/Aids não estaria minimamente completa se não falássemos dos mecanismos de contratualização existentes e do processo de descentralização pelo qual passa essa política, e que será um componente essencial na forma como se construirá, para o futuro, essa divisão de trabalho.

São esses os dois aspectos abordados no próximo capítulo.

---

<sup>263</sup> Entrevista concedida por Cristina Câmara, jul. 2005.

# 5

## Mecanismos de Contratualização

Como já colocado, a partir do primeiro empréstimo do Banco Mundial foi estruturada uma sistemática de apoio aos projetos de ONGs por meio da realização de concorrências públicas e após, do fornecimento de apoio técnico e financeiro àqueles selecionados.

Para que a incorporação pela política federal das boas práticas e experiências anteriores em HIV/Aids desenvolvidas pelas ONGs e a efetiva prestação destes serviços pudessem ser efetivadas, fez-se necessário desenvolver e implantar um conjunto de regras que garantiram o que chamamos de “contratualização” destas parcerias. Este capítulo tem como objetivo discutir alguns aspectos desta sistemática.

Dentre os vários aspectos de análise possíveis, nos deteremos basicamente na análise dos dois sistemas de contratualização que vem sendo utilizados no âmbito da política de HIV/Aids, quais sejam, Concorrências centralizadas no PN e repasse de recursos / financiamento via Agencias das Nações Unidas com prazo determinado (entre 12 e 24 meses) e o novo arranjo institucional que está sendo implantado – Concorrências Descentralizadas e repasse de recursos / financiamento via fundos de saúde com prazo determinado (e a possibilidade de financiamentos de forma mais permanente), mantendo-se o arranjo anterior apenas para projetos de cunho estratégico ou de dimensões regionais/nacionais. Em ambas, destaca-se a utilização de Comitês Externos de Seleção, formadas por pessoas não pertencentes à Administração Pública.

No bojo da reflexão sobre estas duas sistemáticas encontra-se o atual processo de descentralização do financiamento de apoio a OSCs e a busca por uma maior inserção destas atividades na lógica do SUS. Assim, buscamos refletir sobre as motivações destes arranjos, desafios para implantação e possíveis conseqüências advindas destas sistemáticas.

O capítulo anterior analisava a questão da divisão de serviços entre ONGs e Estado sem colocar em evidência este processo de descentralização e a influência das instâncias estaduais e municipais. Neste capítulo, buscaremos inserir estes elementos, haja vista que a descentralização se encontra em implantação e é essencial para entendermos como, a partir de agora, a divisão de trabalho construída entre Estado e ONGs poderá evoluir ao longo do tempo e como se darão as relações de parceria na política pública de HIV/Aids.

O capítulo também nos remete para a necessidade de se pensar em mecanismos institucionais eficientes que garantam o repasse regular de recursos a OSCs, a partir do momento em que tais organizações são inseridas enquanto executoras de uma política pública. Tais mecanismos parecem estar intimamente ligados ao grau de sustentabilidade que uma política pública com este perfil poderá ter.

Descentralização e sustentabilidade são duas “palavras de ordem” que passam a ser amplamente discutidas no âmbito da política nacional de combate ao HIV/Aids principalmente a partir da vigência do segundo acordo de empréstimo – Aids II, em 1998, e vêm permeando todas as discussões sobre a evolução desta política e também sobre o seu futuro e continuidade.

Especificamente no caso do financiamento de ações de ONGs, a possibilidade de sua continuidade dependerá em grande parte do sucesso e da vontade política dos gestores em criar e operacionalizar mecanismos adequados de contratualização dentro do Sistema Único de Saúde. Até o momento, o apoio tem se dado por meio dos recursos do Banco Mundial e de uma sistemática contratual que se operacionaliza em grande parte fora da estrutura da administração pública.

No entanto, o futuro da política de HIV/Aids não vislumbra a celebração de novos acordos junto ao Banco Mundial, nem a manutenção do apoio a ONGs centrado no âmbito do Governo Federal, motivo pelo qual se mostra premente e de importância crucial o desafio de inserir esta sistemática de contratualização dentro do SUS e suas formas tradicionais de repasse.

O capítulo se inicia com a descrição da sistemática de contratualização inicialmente implantada pelo PN, mostrando os motivos, vantagens e desvantagens existentes. Basicamente, percebe-se a existência de uma triangulação entre Governo Federal, ONGs e agências das nações unidas como condição *sine qua non* para a efetivação da contratualização, face às dificuldades tradicionais de contratualização existentes na esfera federal. Além disso, as falas dos gestores entrevistados expuseram algumas das consequências da realização de grandes concorrências centralizadas em Brasília e a adequação ou não desta sistemática quase 12 anos após ter sido iniciada.

Após, tentaremos mostrar como vem se dando implantação da nova sistemática de contratualização, descentralizada, e os arranjos que se estabelecem entre o Estado e as ONGs, a partir da maior inserção de Estados e Municípios. A descentralização estabelece novas

prerrogativas a estes níveis de governo, o que influenciará diretamente nos futuros arranjos de parceria que serão estabelecidos junto às ONGs.

	Seleção de Projetos	Forma de repasse de recursos	Prazo de vigência	Legislação aplicada
1º modelo – Modelo federal	Concorrências Nacionais realizadas pelo PN – Comitê de Seleção Externo	Contrato ou convênio entre OSCs e agência Nações Unidas	Anual ou bianual. Possibilidade de uma extensão.	Manual de Regras do Banco Mundial
2º modelo – Modelo descentralizado	Concorrências estaduais realizadas pelas Coordenações Estaduais de DST/Aids – Comitê de Seleção Externo	Do FNS para fundos estaduais e municipais e destes para as OSCs via convênios administrativos	Possibilidade de se estabelecer prazo determinado ou de natureza continuada, a partir do planejamento local	Lei Geral de Licitações 8666/93 Lei do FNS e legislações estaduais

**Quadro 4.** Sistemáticas de Contratualização na Política de HIV/Aids – aspectos básicos em comparação

### 5.1 Descrição da sistemática de contratualização com ONGs no PN DST/Aids

Desde o Aids I, a forma básica de apoio às ações de ONGs se dá mediante o envio de projetos a partir de regras definidas previamente em editais públicos lançados pelo PN. A escolha dos projetos é realizada por meio de Comitês Externos de Avaliação e Seleção, sendo que aqueles selecionados passam por revisão técnica e financeira do PN. Após, são assinados termos de cooperação entre as ONGs selecionadas e uma agência do Sistema Nações Unidas, figurando o PN como interveniente.

Antes do acordo com o Banco Mundial, não havia uma tradição de repasse a ONGs para apoio a projetos em HIV/Aids, sendo que até então, a única experiência embrionária fora o Projeto Previna, conforme colocado no capítulo 3. Segundo o gestor abaixo, não havia instrumentos institucionais adequados que permitissem operacionalizar um apoio sistemático, o que contribuía, inclusive, para gerar um clima de animosidade e crítica entre Governo Federal e ONGs.

Eu via [na política federal de combate ao HIV – AIDS, antes do acordo do Banco Mundial] um esforço governamental de relação com a sociedade civil, de ouvir as demandas, de discutir. A sociedade civil tinha propostas bem idealistas e ousadas. Mas eu via ao mesmo tempo a instância federal engessada, sem ter instrumentos para efetivar ações que pudessem ser consensuadas. Então se estabelecia uma relação muito crítica da sociedade civil com o governo, uma relação mais crítica do que de parceiros.<sup>264</sup>

O empréstimo do Banco Mundial permitiu, portanto, a institucionalização de financiamento regular para projetos de ONGs, o que é descrito como um dos ganhos da política federal:

Quanto à participação da sociedade civil dentro do programa, a inovação trazida a partir dessa nova estruturação foi a formalização de financiamento, acho que esse é o principal ganho, e se consolida institucionalmente a importância da participação das Ong's na formulação de políticas. Isso se consolida mesmo. Fica claro que é absolutamente impossível não fazer. E se criam estruturas dentro do programa para poder estabelecer a interlocução, acho que estes são os dois grandes ganhos: a institucionalização da interlocução e a criação de linhas de financiamento para as Ong's.<sup>265</sup>

Esta linha regular de financiamento traz como consequência o estímulo à realização destas atividades e a atração das ONGs (tanto ONGs Aids como outras entidades que não tem no combate à Aids sua missão principal) ao desenvolvimento e apresentação formal de projetos junto ao PN (Parker 2003:27). Ressalte-se também que esta foi a forma encontrada para a formalização da parceria entre Estado e ONGs: a oferta de serviços sob a forma de “projetos” (Galvão, 2000).

O apoio permitiu a operacionalização e/ou ampliação das atividades destas organizações, ao permitir compra de equipamentos e de materiais de trabalho diversos, além da remuneração de quadros antes voluntários ou impossibilitados de se dedicarem com maior afinco ao trabalho. Possibilitou também *“uma sinergia entre a lógica governamental, marcada pela permanência e universalidade das políticas sociais, e a lógica da sociedade civil, marcada pela defesa de interesses específicos e a experimentação de formas mais ágeis e flexíveis de ação.”* (Ministério da Saúde, 1998:56).

Da mesma forma, há uma reflexão sobre o impacto desta sistemática no estímulo à formação de ONGs e na sua decisão em trabalhar com a temática do HIV/Aids. As pesquisas

---

<sup>264</sup> Entrevista concedida por Raldo Bonifácio. Junho de 2005.

<sup>265</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro. Maio de 2005.

realizadas pelo PN (Ministério da Saúde, 2001 catálogo) e UNESCO (2005) <sup>266</sup> apontam que a maioria das organizações que trabalham com aids foi criada no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, coincidindo com o início do acordo de empréstimo junto ao Banco Mundial e o conseqüente repasse sistemático de recursos. No mesmo sentido, observa-se o entre o final dos anos 80 e o início dos anos 90, um aumento progressivo da incorporação da questão da Aids nas agendas destas organizações. No entanto, a pesquisa do PN faz algumas ressalvas a possíveis conclusões que a que se possa chegar.

Este aumento deve ser visto dentro de um contexto mais amplo dos anos 90, a mostrar uma tendência geral de aumento expressivo no número de organizações sem fins lucrativos, de caráter nacional e internacional e em outros lugares do mundo além do Brasil. Além disso, não se trata de organizações com trabalho exclusivo em aids “ e que, portanto, não devem ter sido criadas em função de um orçamento disponível, o que muitas vezes é reificado pelo senso comum.” (Ministério da Saúde, 2001:16 catálogo). Portanto, o apoio do governo federal é importante e ajuda a explicar este crescimento, mas não pode ser considerado o único fator.

Em termos mais operacionais, duas questões inicialmente devem ser destacadas:

A primeira refere-se a uma triangulação com Agências das Nações Unidas, que, portanto, tiveram um papel central na formação dos vínculos jurídicos de colaboração entre Governo Federal e ONGs. Em outras palavras, o governo federal, via de regra, não celebra convênios diretamente com as ONGs selecionadas pelas concorrências públicas que ele próprio realiza.

As motivações para tal arranjo são colocadas pelos gestores. Inicialmente, trata-se de uma exigência do Banco Mundial de que este recurso não seja administrado diretamente por governos e que, portanto, ao se pensar em uma organização que pudesse fazer isto, as agências das Nações Unidas aparecem como melhor opção, em face de seu reconhecimento e credibilidade. É apontado também que tal arranjo se revela dotado de maior flexibilidade e agilidade no repasse dos recursos, se comparado ao tradicional sistema de convênios.

Há duas lógicas: uma que é a lógica do financiador, que é o banco, de ter uma instituição confiável administrando os fundos. Isso é claro até hoje, no mundo inteiro com todos os financiamentos e instituições internacionais, eles querem em primeiro

---

<sup>266</sup> A última pesquisa feita pelo PN (Ministério da Saúde, 2001) recebeu questionários de 504 OSCs, sendo que 386 eram, à época conveniadas ao Ministério da Saúde. Do universo total inicial, computava-se mais de 600 organizações conveniadas em todo o país. A pesquisa da UNESCO (2005) contou com respostas recebidas de 324 OSCs, dentre um total de 576 questionários enviados.

lugar uma garantia de que uma instituição confiável vá participar ativamente dos desembolsos e dos gastos de recursos. E de uma maneira geral as primeiras instituições que aparecem foram as Nações Unidas. Em outras palavras não existe confiança total, às vezes nem parcial, na idoneidade do governo. A segunda coisa, é esse aspecto de gerência; indiscutivelmente, embora haja normas que garantam a transparência, a verificação, o monitoramento do estado etc., elas são infinitamente menos complicadas do que a legislação nacional.<sup>267</sup>

Os projetos via Nações Unidas também são pontuais, assim como os convênios públicos, mas eles são mais flexíveis. Porque em convênio você tem um modelo. O Ministério da Saúde faz o seu modelo e você tem que observar todas aquelas cláusulas. A aplicação de recursos tem legislações paralelas, e a forma como você contrata o convênio é como se você estivesse contratando o serviço das Secretarias Municipais dos 5600 municípios e dos 27 (vinte e sete) estados do território nacional.<sup>268</sup>

Quanto às dificuldades colocadas pelo sistema de convênios, são ressaltados os percalços existentes na estrutura burocrática, dificultando o repasse de recursos, assim como o fato de o convênio ser pensado primeiramente como um arranjo feito entre organizações estatais que já possuem infra-estrutura própria.

A gente tinha dificuldade até de fazer convênio com o governo [estadual e municipal]. Para você ter uma idéia, havia os chamados POAs - Planos Operativos Anuais que baseavam os convênios. No programado do conjunto dos POAs, a gente terminou o Aids 2 com 150 municípios e os 27 estados, era de pouco mais de R\$ 68 milhões e no ano que a gente repassou melhor foram 47 milhões. Então você tem uma programação para aquele ano mas não consegue repassar via convênio, porque tem toda aquela questão burocrática dos documentos que é difícil mesmo, tem que renovar, aquilo vence, e tem todo um problema do próprio instrumento jurídico que exige determinadas coisas, que vinham causando atraso; e seria o único instrumento que a gente teria para fazer, também com a OSC. Seria muito mais difícil, toda a questão jurídica deles, para poder fazer um convênio.<sup>269</sup>

Já tentou fazer um convênio com órgão público? O processo é pensado para a contratação de estruturas sólidas de instituições. Pega o município, cria-se uma área para fazer convênio com um órgão federal. Não é pelo volume de convênios. É porque é burocrático, exige uma série de papelada. Seria inviável para qualquer ONG. Se colocasse isso como princípio não teria acesso a recursos jamais. Então a forma mais viável que tinha era desburocratizando, passando pelo organismo internacional. Que nada mais é do que um gestor. É muito mais simples. Para fazer um processo de concorrência dentro do órgão público nessa característica são outros parâmetros, vai ter a 8666. É inviável. Aliás, eu não conheço nenhum órgão público que tenha feito processo de concorrência nessa característica que é feita para a Aids utilizando as regras nacionais. Acho que todas que fizeram foram fazer por meio de organismos internacionais.<sup>270</sup>

---

<sup>267</sup> Entrevista concedida por Paulo Teixeira. Maio de 2005.

<sup>268</sup> Entrevista concedida por Maria Alice Tironi. Junho de 2005.

<sup>269</sup> Entrevista concedida por Moisés Taglietta. Novembro de 2004.

<sup>270</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro. Maio de 2005.



Conclui-se então que, a partir da fala dos gestores, um arranjo institucional diferente do até então disponível necessitou ser concebido para que pudesse haver a possibilidade de repasse de recursos para as ONGs. A estrutura do Banco permitia a construção deste arranjo alternativo, ao exigir que as verbas repassadas a ONGs fossem feitas por uma agência externa ao governo federal, sem portanto, a necessidade de observância de regras mais rígidas, como a lei de licitações ou a necessidade de dependência da estrutura burocrática governamental, também apontada como elemento dificultador.<sup>271</sup>

A segunda questão se refere à sistemática de seleção de projetos por meio de Concorrências Públicas via Comitê Externo. Entre 1993 a 2000, o PN conduziu a realização de grandes concorrências para todo o país. A justificativa dada a este aspecto “centralizador” se referia à “necessidade de uma resposta rápida para o controle [da epidemia] (...) e no reconhecimento da necessidade da participação de todos os atores para o enfrentamento de um problema comum.” Uma vez que a participação da sociedade civil “assume proporções técnico-políticas de grande envergadura” houve a necessidade de se estabelecer uma infraestrutura “que pudesse incrementar e fortalecer as diversas iniciativas desta ordem”. (Ministério da Saúde, 2003, not tec desc)

Segundo um dos gestores entrevistados, esta era a única forma viável para que se operacionalizar a sistemática de apoio então construída, em um momento de estruturação da política nacional de combate ao HIV/Aids e de desenvolvimento institucional dos atores sociais envolvidos.

Não tinha como não trabalhar com concorrência pública naquele período. Nessa discussão de como trabalhar com a sociedade civil, de como formalizar processo, vários apontam a concorrência como a forma mais transparente do Estado fazer a contratação. Naquele momento não tinha como ser diferente, mesmo porque tinham outras ações que eram complementares e que estavam sendo desenvolvidas. Não era só apoiar, mas tinha toda a formação de quadros, formação técnica mesmo, para intervenção, ativismo, formação. O financiamento desses projetos é o que possibilitou criar recursos dentro das Ong's, equipamento, colocar pessoal, o pessoal regular para ir para o trabalho voluntário e dar uma base mais formal para as instituições. E se não fizesse isso por meio de concorrência pública, naquele momento que eram poucas as

---

<sup>271</sup> A Lei 8.666/93 em seu art. 42 § 5º determina que “Para a realização de obras, prestação de serviços ou aquisição de bens com recursos provenientes de financiamento ou doação oriundos de agência oficial de cooperação estrangeira ou organismo financeiro multilateral de que o Brasil seja parte, poderão ser admitidas na respectiva licitação, as condições decorrentes de acordos, protocolos, convenções ou tratados internacionais, aprovados pelo Congresso Nacional, bem como as normas e procedimentos daquelas entidades, inclusive quanto ao critério de seleção da proposta mais vantajosa para a Administração, o qual poderá contemplar, além do preço, outros fatores de avaliação, desde que por elas exigidos para a obtenção do financiamento...”.

Ong's, não se incentivaria e não se criaria multiplicidade das ONGs. Diferentemente de hoje. Acho que estamos num patamar já.<sup>272</sup>

Como vantagens desta sistemática, podemos citar a possibilidade de definição de grandes linhas de ação nacionais, participação ampliada das organizações de todo o país, a publicidade dos editais, lançados regularmente e gerando uma cultura de preparação e envio de projetos (Parker, 2003) e a existência de um comitê externo,<sup>273</sup> com o objetivo de evitar ingerências ou favorecimentos indevidos.

A vantagem de uma seleção pública é que no mínimo ela é mais transparente e mais democrática, até pelo uso do recurso público. Outra vantagem é que você consegue focar; quando a seleção era nacional, havia uma discussão aqui do que vai ser prioritário, para onde a epidemia está caminhando e isto era divulgado amplamente: “nós estamos apoiando projetos que enfrentem este ou outro tema ou que direcionem a essa ou aquela população” e a seleção pública nos dava uma dimensão de quem tinha condições de responder naquele tema, pelos projetos que chegavam, a capacidade de trabalho, a capacidade de parceria, de articulação local para poder responder a isso. Então não tinha outro formato que não fosse este.<sup>274</sup>

Outro aspecto levantado pela gestora é que por meio destes editais e da definição de suas linhas de ação era possível ter uma visão de quais organizações estavam mais aptas a oferecer a expertise considerada necessária pelo governo.

No entanto, esta mesma gestora menciona um possível esgotamento deste modelo (apesar de ganhos importantes, como a garantia de uma ação ampliada em nível nacional), a partir de uma acomodação e perda da capacidade de inovação dos projetos das ONGs, à medida em que se fica condicionado a uma linha regular de financiamentos.

Primeira consequência desse formato, é que se conseguiu ter uma capacidade de cobertura nacional, mas hoje chegou-se a essa conclusão: que pode ter também criado uma sistemática de trabalho que está perdendo a criatividade. A vantagem de ter esta simbiose sociedade civil-governo é que gerou práticas muito criativas tanto do setor governamental como do não governamental. Mas quando se institucionaliza uma prática recorrente você acaba perdendo a inovação, acaba perdendo criatividade de capacidade de trabalho para abrir outras frentes e inovar na política e fazer com que ela tenha respostas mais efetivas, porque evidentemente as ONGs acabaram se vinculando ao financiamento nesta área.<sup>275</sup>

---

<sup>272</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro. Maio de 2005.

<sup>273</sup> Diferentemente do previsto na Lei 8.666/93, cujo artigo 51 determina que as comissões julgadoras tenham no mínimo 3 membros, sendo que destes, ao menos 2 devem ser servidores pertencentes aos quadros permanentes dos órgãos da Administração responsáveis pela licitação.

<sup>274</sup> Entrevista concedida por Karen Bruck. Junho de 2005. A possibilidade de se contemplar uma grande diversidade de ONGs também foi ressaltado por Carlos Passarelli (entrevista concedida em maio de 2005) como uma das vantagens da sistemática centralizada.

<sup>275</sup> Entrevista concedida por Karen Bruck. Junho de 2005.

O grande desafio na verdade – e este não foi assumido e eu acho que também não poderia porque não cabia ao governo – eram as práticas repetitivas das ONGs. Então os projetos eram muito parecidos. Não havia muita criatividade, nenhuma iniciativa inovadora, nada. Era uma “fôrma” e que você dizia: “Ah, este aqui eu não preciso nem abrir ...” então era mais ou menos um padrão de projetos que eram muito parecidos... É uma pena porque na verdade isso esgota tanto a iniciativa da ONG, ela repete aquilo tudo, como a própria comunidade que se cansa das mesmas atividades. Então tem que haver realmente uma reestruturação, uma renovação, uma idéia nova para que você possa justificar até a permanência por dois, três, quatro anos trabalhando numa mesma comunidade. Porque se você repete as ações não há mais capacidade de mobilização porque é tudo muito repetitivo.<sup>276</sup>

A atual sistemática ainda possui, a nosso ver, algumas outras limitações.

A primeira diz respeito à caracterização destes trabalhos sobre a ótica de “projetos”.<sup>277</sup> Como visto no capítulo anterior, diversas atividades desempenhadas pelas ONGs possuem um caráter de continuidade, o qual não se esgota no prazo (relativamente curto) de duração de um projeto.

Apos vários anos de aplicação desta sistemática, parece claro que não faz sentido continuar financiando projetos por 12 ou 24 meses sem que se desenvolvam também mecanismos institucionais que permitam eventual continuidade destes projetos, caso avaliada a pertinência. Dentro do modelo federal de contratualização há um mecanismo de continuidade, mas de alcance limitado, pois em linhas gerais permite uma única extensão e com um valor 50% menor do que o original. Finalizado este período, é necessário que o projeto seja submetido a uma nova concorrência.

Foi uma fórmula que funcionou e que depois de passados 20 (vinte) anos está em discussão de novo exatamente por toda tensão. Tem sentido continuar apoiando projetos todo ano, que já se constituíram num programa? Não é melhor fazer um acordo e repassar “x” todo ano pra continuar fazendo aquilo e não esperar que o projeto entre para continuidade, aquele stress de interromper a ação?<sup>278</sup>

Se se entende que as ações desempenhadas pelas ONGs continuam sendo imprescindíveis no combate à epidemia, entendemos que no contexto de descentralização, os

---

<sup>276</sup> Entrevista concedida por Vera Menezes. Agosto de 2005.

<sup>277</sup> Galvão (2000:106-111) se utiliza da expressão “ditadura dos projetos” para se referir à forma como os projetos na área de HIV/Aids evoluíram ao longo da epidemia, desenvolvendo muitas vezes aspectos de “despolitização progressiva” e dando ênfase primordialmente a resultados mensuráveis. Esta forma de gestão das respostas à epidemia teria criado um tipo de resposta limitada por parte das ONGs, a partir da criação de projetos feitos apenas para atender a uma nova demanda, a partir de possibilidades de financiamento. Contribuiria também para esta lógica a oposição (Rubem César Fernandes, citado por Galvão, 2000:107) já existente no universo das ONGs entre o “projeto específico” e a “verba institucional”, sendo a primeira a forma mais recente de apoio no campo do HIV/Aids.

<sup>278</sup> Entrevista concedida por Karen Bruck. Junho de 2005.

governos estaduais e locais deverão pensar em formas mais duradouras de institucionalização que vão além da lógica do projeto. Mas mesmo para a esfera federal, que manterá a competência de financiamento para algumas linhas de projetos de ONGs, a busca destes mecanismos também deveria ser efetivada.

Se esta lógica está presente na regulamentação da política de casas de apoio, por quais motivos não deveria estar presente na regulamentação de políticas de prevenção para populações mais vulneráveis ou para projetos de advocacy? Esta diferenciação parece confirmar a explicação dada por um dos gestores,<sup>279</sup> a sustentar maior facilidade em negociar continuidade de ações que apresentam maior semelhança com as tradicionais ações de assistência social do que atividades de prevenção com padrões distintos de execução e voltados a públicos distintos.

O outro ponto levantado, referente à ótica dos projetos, se refere a uma possível dependência da ONG pelos financiamentos públicos, nos moldes da descrição feita por Galvão (2000) ao se referir à “ditadura dos projetos”.

A desvantagem [desta sistemática] que é justamente o que eu estava falando antes, é que você com recursos muito pequenos acabou criando, a Jane Galvão chama de ditadura dos projetos, ou seja, a ONG ficou voltada para o projeto. A instituição não está mais elaborando uma política para si própria, uma política que ela gostaria de ver implantada no seu município, no seu estado, no seu país mas ela está vivendo em função daquele projeto, que vai terminar um dia. Claro que não é só do governo, são problemas que dizem respeito a filosofia das agendas internacionais também, todas elas trabalham com essa coisa de projeto isso é uma coisa que nunca foi muito bem discutida.<sup>280</sup>

A questão não é simples, e não se está querendo contestar o benefício da transparência trazido com o sistema de concorrências. No entanto, entendemos que é preciso pensar além quando se trata de ações que requeiram continuidade. Pode-se ter linhas para projetos inovadores, projetos pontuais e para o qual haja uma disputa entre os melhores projetos. Mas não se pode permitir que ações de prevenção sofram descontinuidade ou que a cada 12 meses mude-se as ONGs que fazem este trabalho de parceria.

Por estes motivos, entendemos que esta lógica se mostra como limitação, a colocar importantes questões que envolvem a contratualização desta política pública:

- decisão por formas mais contínuas de repasse;

---

<sup>279</sup> Moisés Taglietta, conforme nota \*\*

<sup>280</sup> Entrevista concedida por Carlos Passarelli. Maio de 2005.

- riscos de descontinuidade nas ações em face da duração relativamente curta dos projetos e das dificuldades de renovação do apoio contratualmente concedido;
- possível dependência/condicionamento das ONGs.

O outro ponto é referente à restrição quanto ao pagamento de verbas trabalhistas e previdenciárias para as pessoas contratadas no âmbito dos projetos das ONGs. As regras do Banco Mundial vedam que recursos dos projetos de ONG paguem este tipo de despesa. Em outras palavras, funcionários efetivos das ONGs não poderia a priori contratados para atuar nestes projetos, a não ser que fosse alterada a sua forma de contratação.

A primeira justificativa dada a esta limitação se refere à recusa do Banco Mundial em que os recursos do empréstimo sejam usados para o pagamento de tributos aos governos. Para o gestor abaixo, a proibição se revela como óbvia e a obrigação com o pagamento de tais encargos deveria se dar pelas ONGs, como contrapartida aos projetos.

Não é uma questão do acordo de empréstimo. É uma coisa óbvia. Por quê que o banco vai me emprestar dinheiro para gerar dinheiro para o governo? Não tem sentido. Então com esse dinheiro não pode pagar imposto. Entretanto não fala em momento nenhum que não pode ser feito pelas regras trabalhistas. Ao contrario. Deveria ser pelas regras trabalhistas só que o dinheiro do imposto deve vir da contrapartida não-governamental. Então quem está fazendo o processo de contratação é que deveria pagar os impostos, pagar os direitos trabalhistas etc.<sup>281</sup>

Outros gestores que refletiram sobre esta questão também mostraram entendimento semelhante. Entendem que não se trata de uma questão que tenha prejudicada a execução dos projetos e que efetivamente tais despesas devem ser arcadas pelas ONG, em caráter de contrapartida. Ainda assim, reconhecem as dificuldades de uma ONG arcar com estes custos, principalmente as que apresentam um caráter mais comunitário:

No âmbito das Ong's não há nada que impeça, dá trabalho, mas não há nada que impeça que a Ong cumpra toda a legislação. Por exemplo, eu acompanhei o processo de legalização da ABIA. Eles usam recursos do ministério da saúde, mas legalmente se constituíram de forma a ter funcionários, décimo terceiro, salário, emprego, etc. Acho que isso é problemático, frequentemente é difícil para uma ONG de base comunitária, mas é não impossível depende como eu te falei o estado oferecer assistência, das Ong's compreenderem que isto também é uma parte, é uma responsabilidade social e que a coisa tem que caminhar nesse sentido; as Ong's que já tinham maior competência técnica ou gerencial conseguiram superar essa parte o que torna é difícil realmente para a unidade de caráter comunitário. Às vezes parece injusto você apontar esse tipo de coisa para um grupo da comunidade, mas eu acho que a longo termo você tem que promover isso. Tem que ter a sua contabilidade, tem

---

<sup>281</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro. Maio de 2005.

que ter décimo terceiro e você tem penalizar caso ele não pague adequadamente, não garanta os direitos.<sup>282</sup>

Efetivamente elas [limitação para o pagamento de encargos trabalhistas] não impactam em nada. Não houve nenhuma ação trabalhista, não houve nada em relação a isso, que tivesse prejudicado ONGs. É uma questão de jogo de cintura. Você não pode ter vínculo empregatício porque o contrato é por tempo limitado e seria até uma contrapartida da própria ONG o pagamento destes encargos do governo. Isso já foi digerido até. Como não pode ser diferente, as ONGs continuam trabalhando e isso não diminuiu nem modifica em nada o desempenho delas na ponta.<sup>283</sup>

Outro gestor aponta dificuldades semelhantes às colocadas por Galvão (2000). A lógica descrita coloca uma preocupação do gestor público em garantir que as ONGs que recebam apoio do Governo sejam minimamente viáveis e que tenham outras fontes de financiamento que não a governamental. Um efeito prático desta preocupação seria justamente em esperar que a ONG ofereça uma série de contrapartidas dentro do seu projeto, principalmente aquelas referidas a despesas administrativas e de infra-estrutura.

No entanto, conseguir este equilíbrio entre diferentes fontes de financiamento torna-se mais complexo em um campo onde o principal volume de recursos disponibilizado é governamental, sendo que são estes recursos que, no final, acabam garantindo a manutenção de muitas ONGs.

É a mesma coisa na questão de que não se pode pagar conta de luz, de água; tal definição não é uma restrição do banco mundial. Isso foi, na minha impressão, muito mais a visão do gestor de dizer: “isso deve ser contrapartida da instituição, tem que oferecer um telefone, tem que oferecer profissional”, do que de fato uma restrição no acordo de empréstimo. Ele até que é bastante amplo. (...) Então, se criou um pacto macabro aí. Porque o grande financiamento hoje é o governamental, não tem outras fontes de financiamento, quem garante a estrutura da instituição são os projetos, o que acaba criando formas secundárias de financiamento. O que estava acontecendo era que as Ong's iam lá, pegavam o dinheiro, e pagavam a conta de água, a conta de telefone pagavam os funcionários e não conseguiam prestar contas depois. E não era má fé, era porque não tinha dinheiro. Pagavam, era coisa que estava relacionado com a atividade. Tanto que se criou essa coisa. O governo não repassa, não reconhece a legitimidade, a Ong tem que sobreviver, cria as formas de burlar a regra e aí não tem nenhum tipo de transparência. Não dá transparência ao uso do dinheiro público. E se não tiver isso é besteira.<sup>284</sup>

Se pensarmos em financiamentos esporádicos de projetos e partirmos de um pressuposto que existem fontes múltiplas de financiamento em determinada área, a questão da garantia do pagamento de direitos trabalhistas e previdenciários pode até adquirir menor importância.

---

<sup>282</sup> Entrevista concedida por Paulo Teixeira. Maio de 2005.

<sup>283</sup> Entrevista concedida por Vera Menezes. Agosto de 2005.

<sup>284</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro. Maio de 2005.

No entanto, a partir do momento em que se discute uma crescente institucionalização de ações e tem-se em mente o cenário já descrito da necessidade de transformar as ações desenvolvidas no âmbito dos projetos em programas de duração continuada, entendemos que a questão adquire importância crucial.

Some-se a isso a afirmação feita pelo gestor sobre a importância do financiamento governamental nas ações de combate ao HIV/Aids e que parecem estar confirmadas em pesquisas (Ministério da Saúde, 2001; UNESCO, 2005).

Na pesquisa UNESCO, 78% das ONGs apontaram convênios com órgãos públicos como uma de suas fontes de recursos, sendo a opção mais assinalada. Outras 72,6 também apontavam doações de pessoas físicas.<sup>285</sup>

Fontes de captação de recursos	Número	%
Convênios com órgãos públicos	256	78
Doação de pessoas físicas	238	72,6
Doação de pessoas jurídicas	158	48,2
Patrocínios pontuais	143	43,6
Agências de cooperação internac.	134	40,9
Outros	131	39,9

**Quadro 5.** ONGs – Fontes de Financiamento I Fonte: UNESCO, 2005:157

Na pesquisa do PN (Ministério da Saúde, 2001, cat), as respostas foram separadas entre ONGs conveniadas e não conveniadas. O questionário permitia apenas uma resposta, sendo que em ambas as categorias, a doação de pessoas físicas foi apontada teve maior número de menções, seguida pelos convênios com órgãos públicos. No consolidado, a proporção ficou em 51,38% para “doação de pessoas físicas” e 25,69% para “convênios com órgãos públicos”.

---

<sup>285</sup> O questionário permitia assinalar mais de uma opção.

	Fontes de captação de recursos			
	Conveniadas	Não Conveniadas	Total	Total
Doações de pessoas físicas	177	83	260	51,38%
agências de cooperação internacional	51	9	60	11,86%
convênios com órgãos públicos	118	12	130	25,69%
Doações de pessoas jurídicas	15	8	23	4,55%
Patrocínios pontuais, eventos, seminários, publicações, etc	10	1	11	2,17%
outros	17	5	22	4,35%
	388	118	506	100,00%

**Quadro 6.** ONGs – Fontes de Financiamento II Fonte: Ministério da Saúde (2001:26)

Analisando estes resultados, a conclusão apresentada também segue na linha da importância do financiamento governamental no campo da Aids às ações das ONGs.

(...) portanto, as organizações conveniadas que assinalaram convênios com Órgãos Públicos provavelmente dependem exclusivamente desta fonte de captação de recursos. (...) os convênios com Órgãos Públicos denotam um novo papel do Estado, no caso através da CN-DST/Aids, na valorização do trabalho não-governamental, que ao mesmo tempo que não lhe compete e do qual não pode prescindir, especialmente se focalizarmos as ações de prevenção em resposta à epidemia no País. (2001:26)

Entender a proibição imposta por um agente externo pode parecer razoável. Mas no limite, fica-se em uma posição na qual o Estado realiza parcerias mas não dá condições ou não permite que estas se dêem conforme previsão da própria legislação. Se para parcerias esporádicas a questão já se mostra relevante, nos parece que, na medida em que se acena com um cenário de financiamento contínuo, esta questão necessita ser rediscutida.

Novamente tomando a Política da Casa de Apoio, a portaria que institui as regras específicas para o seu financiamento não menciona em momento algum esta proibição. Podemos deduzir que, na medida em que o cálculo do valor mensal a ser repassado a cada casa será baseado em uma análise de seus custos, as despesas com os seus funcionários muito provavelmente serão consideradas, até porque pela sistemática estabelecida, este financiamento tenderá a ser sistemática, renovado ano a ano sem a necessidade de participação em concorrências (e por isso, é preciso que a casa conte com um corpo fixo de funcionários remunerados).



Ao analisarmos outros convênios celebrados entre o Estado brasileiro (nos três níveis da federação) e organizações sem fins lucrativos, não se percebe a colocação desta limitação. A Instrução Normativa STF-01/97, principal diretriz para a celebração de convênios na área federal não traz em seu texto qualquer proibição a este respeito, ou seja, não se veda que convênios celebrados com organizações sem fins lucrativos paguem verbas trabalhistas e previdenciárias.<sup>286</sup>

Da mesma forma, uma das categorias orçamentárias bastante utilizadas – a Subvenção – também não coloca estas restrições. Sua forma de cálculo costuma ser baseada no pagamento de procedimentos ou de valores per capita. A partir do cálculo deste valor, cabe à ONG utilizá-lo de forma a garantir a prestação do serviço<sup>287</sup>. E nesta gestão do recurso, não há a vedação de pagamento de verbas trabalhistas e previdenciárias.<sup>288</sup>

Estas limitações mostradas nos parecem estar relacionadas a uma discussão maior sobre o nível de institucionalização das ações de ONGs dentro da política governamental e que vem cada vez mais se tornando crucial, uma vez que vai se passando de um financiamento feito a partir do Banco Mundial e suas regras (e portanto, caracterizada por um certo grau de “transitoriedade” ou de “excepcionalidade”) para um financiamento que se institui dentro do SUS.

Concluindo este tópico sobre o modelo federal, nos parece necessário pensar em alguns pontos. A experiência de gestão de um elemento crucial de uma política pública via contratos com agência das nações unidas mostra a necessidade de se aperfeiçoar a sistemática governamental existente, pois parece ficar claro que a operacionalização dos inúmeros projetos de ONGs não seria viável caso fosse necessário percorrer as vias normativas da administração pública federal.

Para o gestor abaixo, esta experiência deve trazer novos elementos visando um aperfeiçoamento, possibilitando direcionar situações a princípio não previstas na legislação ou impedir que esta mesma legislação venha a se tornar um dificultador na execução da política:

---

<sup>286</sup> As principais vedações de gastos colocadas pela Instrução e que se relacionam ao que discutimos aqui se referem ao pagamento de despesas com taxas bancárias, com multas, juros ou correção monetária, e à remuneração de servidor ou empregado público, integrante de quadro de pessoal de órgão ou entidade pública da administração direta ou indireta, por serviços de consultoria ou assistência técnica (artigo 8º, incisos II e VII).

<sup>287</sup> A disciplina legal das subvenções a entidades sem fins lucrativos encontra-se na Lei 4.320/64, conhecida como Lei Geral do Orçamento e nas Leis Orçamentárias de cada ente federativo.

<sup>288</sup> Uma das cláusulas comuns em convênios coloca como uma das obrigações da entidade o pagamento de todos os tributos e impostos incidentes sobre o serviço realizado.

A legislação brasileira é inadministrável, o que significa que, se este movimento eventualmente de contratos com Nações Unidas vier acompanhado de um aperfeiçoamento da legislação, podemos antever alguma possibilidade. Agora se não for, como não tem sido, aí é o caos, é o pesadelo total. Mesmo as regras das Nações Unidas por vezes trazem dificuldade que nós tivemos aprender como contornar. Eu lembro perfeitamente de uma Ong's que um dia chegou: como é que eu vou licitar polvilho que eu compro na feira para fazer pão de queijo para crianças? Como é que eu vou pegar três preços que são a regra das Nações Unidas? O que significa que há situações, e eu diria até grande parte das situações, em que a legislação não consegue prever ou pior que isso, que a legislação torna-se um impedimento absoluto, para a execução.<sup>289</sup>

Por outro lado, é preciso mencionar que uma possível opção de aperfeiçoamento da legislação, que é a Lei da OSCIP – 9790/99 e o seu termo de parceria é vista com desconfiança e impropriedade para a gestão das parcerias com as OSCs<sup>290</sup>, segundo o relato de alguns gestores. Novamente, parece estar presente a lógica discutida no capítulo anterior que vê nestes arranjos uma forma de prestação de serviços que inviabilizaria o controle social destas organizações:

(...) a gente tem provocado a discussão com as pessoas do congresso nacional até para ver qual a legislação que a gente poderia ter, e eles nos jogam sempre no mesmo ralo: “mas existe a OSCIP, essa legislação já existe, é a OSCIP.” Ou a legislação que é de interesse de governo, já existe a OS, que não se presta ao que a gente faz, a OS é totalmente descartada. Aí vem essa discussão a OSCIP perde o direito ou o poder do controle social; eu, sinceramente não sei em termos jurídicos, te dizer exatamente de onde vem e porque vem. Agora, é muito forte essa grita, de que não à OSCIP. Há até um receio das OSCs mesmo, me qualifico como OSCIP, perco, vamos dizer, a minha função de contestar, vou ficar assim, um pouco de mãos atadas? Acho que a solução para isso era se discutir, efetivamente, essa legislação própria, vão ser entendidas [as OSCIPs] como? Porque realmente a lei não diz, pelo menos que eu tenha visto, que uma vez sendo OSCIP e tiver o financiamento de governo, deixa de exercer controle social em saúde, não tem nada disso. Então, são todas interpretações. Agora, eu sempre me apoiei no que o pessoal do programa que lida mais com essa questão trás para a gente para discutir. Então, sempre foi para mim, vamos dizer, um sinal amarelo à OSCIP. Então, há o receio dos dois lados, há quem defenda, também, os dois segmentos.<sup>291</sup>

A OSCIP, ela existe e está aí. Tem quem diga que sendo OSCIP ele se beneficia mais e tem quem diga que sendo OSCIP ele se descaracteriza dentro da legitimidade de um movimento. Porém não cabe ao governo fazer isso; pensar em como organizar um movimento. Ele pode apoiar o movimento, criar condições para que este movimento comece a repercutir sobre isso e aqui mesmo a gente já fez algumas coisas. Quando nós começamos a analisar aquela questão da sustentabilidade, nós envolvemos, foi levantado todo o material da OSCIP, foi repassado para as OSCs que já trabalham

---

<sup>289</sup> Entrevista concedida por Paulo Teixeira. Maio de 2005.

<sup>290</sup> Segundo pesquisa do PN (Ministério da Saúde, 2001), de 504 OSCs que trabalhavam com a temática da Aids, apenas 90 declararam ter feito opção pela titulação de OSCIP. 350 não fizeram a opção e 64 desconheciam o assunto.

<sup>291</sup> Entrevista concedida por Moisés Taglietta. Novembro de 2004.

com a gente há muito tempo, quer dizer, nós instrumentalizamos para eles definirem e até para a captação de novos recursos.<sup>292</sup>

A posição oficial dada pelo PN, segundo uma gestora ouvida, foi a de não se posicionar ou incentivar a adoção da qualificação de OSCIP por parte das ONGs que trabalham no campo da Aids, sob o argumento de que não caberia ao Estado cuidar de questões que dizem respeito à organização de movimentos sociais.

Houve uma posição do programa que é a mais correta. Governo não organiza movimento. Nós instrumentalizamos, nós passamos todas as informações, nós chamamos várias pessoas para darem palestras, para discutir o assunto. Porém, a decisão de ser ou não OSCIP, é do movimento.<sup>293 294</sup>

No entanto, nos parece claro que um movimento do governo de disponibilizar fundos via termos de parceria baseados na lei da OSCIP representaria um incentivo considerável para a busca desta qualificação por parte das ONGs que trabalham com a temática do HIV/Aids. A discussão sobre a efetividade da Lei da OSCIP foge ao proposto neste trabalho, apenas valendo mencionar a aparente não-utilização desta forma de fomento público, conforme mostrado por Koga (2004) a partir do baixo número de termos assinados no âmbito do Governo Federal (cerca de 15 apenas).

## **5.2 Descentralização e mudanças na sistemática de contratualização**

Vistas algumas das principais questões referentes ao modelo federal de contratualizações, partimos agora para uma análise mais detida do processo de descentralização, mencionado ao longo do trabalho por diversas vezes.

Inicialmente, é importante lembrar que as primeiras respostas governamentais se deram em âmbito estadual e municipal. Conforme visto no histórico da epidemia, o Programa Estadual de São Paulo foi o primeiro a se constituir em 1983 e até a criação do PN entre 85 e 86, outros 11 programas estaduais já haviam sido criados. Da mesma forma, a interface das

---

<sup>292</sup> Entrevista concedida por Maria Alice Tironi. Junho de 2005.

<sup>293</sup> Entrevista concedida por Maria Alice Tironi. Junho de 2005.

<sup>294</sup> A questão da neutralidade em relação à OSCIP revela-se também na nota publicada em livro lançado sobre legislação de ONGs e informações sobre a qualificação de OSCIP, na qual o PN declara que o conteúdo da publicação não representa uma declaração oficial de sua posição política (MSH, 2004). Encontramos também uma menção à aprovação da lei 9.790 em 1999 em documentos oficiais do PN, vista como uma “das inserções no cenário nacional que passam a interferir reforçando as dificuldades de sustentabilidade que já preocupavam as instituições que não se disponibilizavam a fins lucrativos” (Ministério da Saúde, 1999:4)

ONGs com o Estado inicialmente se deu de forma mais intensa nos âmbitos estadual e municipal e aos poucos foi se intensificando junto ao nível federal.

Portanto, esta resposta nasceu inicialmente de forma descentralizada e foi passando por um processo de gradual centralização, na medida em que o PN se institucionalizava e assumia a coordenação da política pública ao mesmo tempo em que a Aids se tornava uma questão nacional, requerendo um sistema abrangente de regulação.

Os acordos com o Banco Mundial, a nosso ver, contribuíram para a consolidação desta centralização, uma vez que a gestão do empréstimo ficava a cargo do PN e a partir deste se dava o planejamento das ações junto a Estados, Municípios, ONGs e demais atores, assim como a transferência de recursos financeiros e apoio técnico. No tocante às ONGs, em especial, a sistemática criada para o apoio aos seus projetos pareceu privilegiar uma relação mais direta entre estas e o governo federal, na medida em que este organizava as concorrências e atuava como interveniente nos contratos celebrados junto às agências das nações unidas. Mas como colocado por alguns gestores e pelo próprio Ministério, houve uma justificativa para este momento de centralização.

Alguns momentos distintos desta trajetória de parcerias podem ser percebidos (Ministério da Saúde: 1998, 1999).

Entre 1993 e 1995, o período foi de reconhecimento entre os parceiros e definição de papéis às partes. Consolidam-se diretrizes estabelecidas pela administração pública federal e negocia-se sua aceitação e entendimento junto à sociedade civil. Mesmo com dificuldades neste início do processo, entendeu-se que os projetos de ONGs apoiados obtiveram resultados expressivos e adequados às iniciativas iniciais.

A partir de 1998, coloca-se o desafio de inserir de forma definitiva as Coordenações estaduais e municipais de DST/Aids em um processo de descentralização que gere maior entrosamento e vinculação entre as iniciativas para melhor eficácia.

Iniciado o Aids II três princípios básicos são estabelecidos e que dizem respeito direto à atuação conjunta Estado-ONG: descentralização, institucionalização e sustentabilidade das ações preconizadas (Ministério da Saúde, 1999:05), buscando-se trabalhar a continuidade da política em HIV/Aids para além dos acordos de empréstimo do Banco Mundial, bem como sua consolidação gradativa nos âmbitos estadual e municipal.

Quando no Aids II a gente foca na rede, na gestão estadual, municipal e na sustentabilidade das ONGs fatalmente como consequência a gente teve de descentralizar. O governo federal pode até conseguir mais um acordo de empréstimo. Mas não são recursos que eu vou ter anualmente para bancar esse trabalho. Então eu tenho que incorporar essa parceria, esse trabalho de ONG que eu considero fundamental para a epidemia dentro dos espaços públicos que eu tenho disponíveis. O Governo federal tem que encontrar maneiras de garantir recursos públicos, financeiros, sem isso nada anda, não tem jeito. (...) Foi a partir daí também que se começou a pensar o Aids III voltado para a descentralização nessa perspectiva de que o governo federal não precisa já mais fazer um monte de coisas que fazia, e que estado e município têm condições de fazer e eles podem, têm que garantir e aproveitar esse terceiro acordo para fortalecer a relação estado e município e ONG tanto no aspecto político, operacional, quanto no aspecto financeiro.<sup>295</sup>

Especificamente no caso dos projetos de ONG, como já dito, o arranjo inicial estabelecia grandes concorrências nacionais para escolha dos projetos, o que se deu de 1993 até 1999. A partir de 2000 iniciou-se um processo de desconcentração no qual o Ministério da Saúde transferiu para alguns Estados a responsabilidade pela realização das concorrências públicas para financiamentos dos projetos de ONGs. No entanto, a definição do conteúdo dos Editais e a celebração dos convênios (com o respectivo repasse dos fundos) continuavam de responsabilidade do Governo Federal.<sup>296</sup>

A partir de 2003, são dados os primeiros passos rumo a uma efetiva descentralização de recursos específicos para a Aids a Estados e Municípios através da transferência de recursos entre os Fundos de Saúde. Após amplo processo de pactuação, estabelece-se a chamada Política do Incentivo, cujo marco legal é a Portaria de nº 2313/GM de 19 de dezembro de 2002.<sup>297</sup>

Seu objetivo é intensificar a descentralização das ações, reforçando a rede municipal de saúde por meio de transferência de recursos, além de promover a participação da sociedade civil em sua função de controle social, exercido, sobretudo em nível local (Ministério da Saúde, 2003).

Além disso, a Política estabelece mais claramente o lugar do Estado enquanto financiador de ações da sociedade civil, por meio da redefinição de papéis dos governos federal, estaduais e municipais no que se refere a este financiamento (Ministério da Saúde, 2004d)

---

<sup>295</sup> Entrevista concedida por Lília Rossi. Novembro de 2004.

<sup>296</sup> Até agosto de 2000, as concorrências foram feitas de forma centralizada pelo PN DST/Aids. A partir de 2000, inicia-se processo de descentralização para alguns estados (Ceará, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo), cujas coordenações estaduais passam a receber e selecionar os projetos encaminhados pelas ONGs. (Galvão, 2002:13)

<sup>297</sup> Até o momento, a relação de Estados e Municípios aptos a receber recursos da Política de Incentivo congregava todos os 27 estados, além de 417 municípios (Ministério da Saúde, 2005 plano estratégico).

Parece haver da parte dos gestores federais um consenso de que já não se fazia mais necessário manter o processo centralizado, como antes, sendo que a linha de atuação do governo federal poderia se restringir a um papel mais coordenador e de articulação nacional, além do financiamento de projetos estratégicos ou de nível regional.

É a esfera federal que dá a linha nacional, mesmo que conte também para definir as linhas nacionais com os estados e municípios. Então, tem que estar articulando ou estar contando com a contribuição da sociedade civil como um todo. Eu não vejo nem a médio e nem a longo prazo que esse processo termine. Simplesmente seja abandonado. Da mesma forma os projetos de âmbito e abrangência nacional. Não há como você delegar a um estado específico a responsabilidade de estar apoiando, de estar acompanhando, de estar ajudando a se envolver. Os projetos de encontros nacionais não têm como delegar.<sup>298</sup>

(...) não tem mais sentido o Programa Nacional definir o que deve ser prioridade localmente. Onde a ação local tenha um fator forte a gente está delegando para que os estados tomem estas decisões de financiamento, de recursos, sobre o que financiar, o que não financiar, cabendo ao Programa Nacional o papel de articulação a nível nacional e de verificar no Brasil inteiro o que está acontecendo, enxergar lacunas e interferir e contribuir.<sup>299</sup>

Junto a isso, ressalta-se a sua importância enquanto ente regulador nacional e coordenador político, intermediando as relações entre governos estaduais/municipais e ONGs a partir da experiência acumulada de muitos anos:

Por exemplo a atuação em rede de Ong's ou a parte de inovação, se é para gerar inovação nacional, para gerar uma política nacional, o fortalecimento do próprio movimento. Tem algumas coisas que de fato são nacionais e regionais que deveriam estar sendo garantidas. Além disso, o governo federal deveria ser o grande normatizador dos processos de descentralização da relação com a sociedade civil. Ai não é no sentido vertical mas no sentido de assumir o papel normativo, o papel regulatório. Isso é fundamental. Se ele não assume esse papel ai sim que vem a fragmentação. A forma de não ter a fragmentação tão grande, de não ficar uma articulação só local, que melhora para o local mas piora para a fundação política geral é ele assume a função dele normativa. Então ele vai ter que criar instrumentos de acompanhamento, de avaliação de impacto. É nesse pedaço que eu acho que ele deveria estar se concentrando, embora agora esteja muito atropelado pelo processo de descentralização. Mas só vai ter papel residual se ele diminuir a importância estratégica dele. E ai vai no futuro ter impacto negativo na resposta.<sup>300</sup>

Esta articulação com ONGs que atualmente existe em nível federal tem um papel fundamental para diminuir o impacto [da descentralização] ou diminuir as questões negativas que o nível federal enfrentou porque já há uma experiência e ela tem que ser repassada para os gestores locais no sentido deles se fortalecerem e não cometerem os

---

<sup>298</sup> Entrevista concedida por Lilia Rossi. Novembro de 2004.

<sup>299</sup> Entrevista concedida por Karen Bruck. Junho de 2005.

<sup>300</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro. Maio de 2005.

mesmos erros, ou seja, aliviar o trabalho e não ter um retrocesso, mas efetivamente um avanço.<sup>301</sup>

Outro importante fator que leva à descentralização refere-se a uma impossibilidade da própria infraestrutura na gestão centralizada de inúmeros projetos, a se refletir na perda de qualidade e na impossibilidade de desempenhar outras funções governamentais como a articulação política. O grande número de projetos de diferentes partes do país também trazia dificuldades na considerações destes contextos regionais, uma vez que um único comitê analisava os projetos.

(...) não é mais a intenção do governo federal estar fazendo essas parcerias, é obvio que algumas vão continuar, mas de uma forma muito mais tranquila porque você não vai ter 3.000 projetos para fazer financiamento, você tem trinta e poucos projetos, no máximo 50, daí você consegue ter alguma agilidade, mesmo que seja um convênio, você consegue ter uma agilidade para fazer isso. Porque aqui a gente chegou quase a uma situação de inviabilidade da articulação política porque administrar mais de 3 mil projetos de diferentes ONGs é humanamente impossível. Você perde qualidade e capacidade de monitorar e avaliar tudo isso. Não há mão de obra suficiente em nível federal pra ficar monitorando, verificando prestação de contas e acompanhando tudo isso.<sup>302</sup>

Ele pára de ter a sua parte executiva. Ele fazia mais de 1000 projetos numa concorrência. E definindo numa comissão nacional a solução para o Maranhão com a seleção para São Paulo. A mesma pessoa que avaliava para o Maranhão avaliava pra São Paulo. Nenhuma. Nem tentar hoje no ministério tem uma visão adequada para poder quais são as necessidades em cada um desses estados. Imagina uma comissão que é onde você pega pessoas que estão em divisões locais.<sup>303</sup>

Pela fala deste gestor, o processo de descentralização viria corrigir a sistemática anterior de apoio a ONGs, a qual, passados mais de 10 anos de seu início, já não seria mais adequada para o atual estágio da política de combate ao HIV/Aids. Além da questão da centralização propriamente, outro ponto enfatizado diz respeito a uma relação entre concorrência e o planejamento da política pública. Segundo ele, o processo de concorrência faz com que o gestor perca a capacidade de planejamento das ações necessárias e de articulação com as possíveis ONG que poderiam implantá-las.

Eu acho que este modelo de concorrência pública para Ong é completamente falido hoje. Ele não dá mais resposta; pensando em política pública, fazer hoje o processo de concorrência para sociedade civil é abrir mão do processo de planejamento de integração entre política pública e a sociedade civil.(...) Não tinha mais porque o governo federal fazer concorrências públicas. No começo era importante mas já há anos que isso é uma grande distorção, descontinuando o trabalho com os estados e

---

<sup>301</sup> Entrevista concedida por Vera Menezes. Agosto de 2005.

<sup>302</sup> Entrevista concedida por Karen Bruck. Junho de 2005.

<sup>303</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro. Maio de 2005.

municípios. Na medida que se passa por um processo de descentralização, o que me parece mais adequado é criar um plano de integração da ação da sociedade civil com o governo. Ai se busca a complementaridade e a integração entre as duas áreas, se define quais são as instituições que estão aptas a intervir naquele processo e a partir daí fica garantido o financiamento para aquela atividade. É muito mais racional do que se fazer processo de concorrência. Se se define que na região de Santa Cecília, onde tem uma área de prostituição importante, tem que ter instituição para atuar lá e você vai abrir uma concorrência, você vai ter no mínimo uma instituição que é a que tem mais competência; aí é mais fácil ir direto e fazer um convênio com ela. Se já está notório que ela já atua naquela atividade, naquela região e é a melhor pra fazer, vai lá e faz um convênio. Se tem 3 instituições que atuam hoje no Santa Cecília com profissional de sexo é melhor que elas tenham uma ação complementar entre elas do que entrarem num processo de competição. Se entrarem, uma ou duas das instituições vão ser enfraquecidas, tendem a sumir, porque tem uma que vai ganhar ou então elas acabam sobrepondo as atividades.<sup>304</sup>

A outra desvantagem da concorrência se refere à não garantia da integração entre o trabalho da ONG e o serviço local. Esta integração poderia ser melhor garantida a partir de um planejamento conjunto entre gestor local e ONGs poderia

A outra questão é que ela acaba não tendo uma integração garantida com o próprio serviço de saúde. Porque ela vai entrar na concorrência, ganhar um recurso e vai executar sem que isso tenha sido um processo de planejamento conjunto entre serviço e a Ong. Então é melhor, considerando que o gestor da área de saúde é quem tem a definição dos equipamentos, que ele passe a fazer o processo de planejamento, obviamente um processo participativo. Então nós temos hoje o município X, x milhões para gastar com esse setor, se sentam as Ong's dessa região junto com o governo e se definem as prioridades, as competências que tem cada uma e ali se define como é que vai se atuar.<sup>305</sup>

Assim, o passo inicial do processo parece ter sido de fato a descentralização do sistema de concorrências centralizado junto ao PN para as Coordenações Estaduais. Apos, buscar-se-ia a qualificação deste processo, com a introdução de instrumentos de planejamento da política.

Na realidade nós estávamos tentando construir ainda quando eu estava na direção, nós começamos a fazer uma proposta para mudar essa lógica, que deveria ser processual. Primeiro passo de fato são as concorrências públicas. Que significa minimamente o estado constituir os seus instrumentos para repassar recurso para as Ong's. O segundo momento de fato poderia ser qualificar e nesse processo de qualificação poderia se incluir esses novos instrumentos [de planejamento]. Então pode ser uma questão transitória desde que se tenha essa perspectiva.<sup>306</sup>

---

<sup>304</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro. Maio de 2005. Para este mesmo gestor, o sistema de concorrências deveria estar restrito a projetos que envolvessem controle social e não aqueles relacionados à prestação de serviços, no sentido de ações que se configuram em programas e não podem ser interrompidos.

<sup>305</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro. Maio de 2005.

<sup>306</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro. Maio de 2005.



Dentro deste contexto, a mostrar vários incentivos a um processo de descentralização, uma nova redefinição de papéis é pactuada e estabelecida a partir de 2004 (Ministério da Saúde, 2004a), estabelecendo-se a seguinte divisão:

- O Governo Federal financiará projetos de âmbito regional e/ou nacional (à exceção da Região Norte, que terá um processo mais distendido de descentralização), nas áreas de
  - Intervenção, Advocacy, Fortalecimento de Redes e Fóruns, executados através das Organizações da Sociedade Civil;
  - Pesquisas e Desenvolvimento Tecnológico (no qual também podem ser financiadas ações da sociedade civil, entre outros atores)
  - Fortalecimento Institucional para serviços e melhoria da qualidade na assistência (centrado a organizações governamentais).
- Governos estaduais passarão a financiar projetos desta mesma natureza em âmbito local/estadual utilizando os recursos da Política de Incentivo.
- Governos Municipais passarão a financiar projetos desta mesma natureza em âmbito local também utilizando os recursos da Política de Incentivo

As tabelas abaixo trazem breve descrição da natureza de cada tipo de projeto bem como as competências para o financiamento por cada instância governamental. Na primeira, estão contempladas as principais modalidades de projetos usualmente desenvolvidos por ONGs. Na segunda, além da divisão de competências, estão elencados ainda as instâncias de pactuação necessárias à implantação das ações.

Modalidade dos Projetos	Área de Abrangência	Caracterização
INTERVENÇÃO	local → impacto local	Projetos de intervenção de prevenção, jurídicos ou assistência, junto a população em geral ou grupos mais vulneráveis
	regional → impacto regional ou nacional	Projetos de intervenção de prevenção, jurídicos ou assistência junto a população em geral ou grupos mais vulneráveis que ultrapassem barreiras político-administrativas das unidades da federação ou que apresentem uma nova tecnologia de intervenção.
CONHECIMENTO E TECNOLOGIA	Local → impacto local	Projetos de pesquisa ou desenvolvimento de capacitação técnica cujos resultados só sejam aplicáveis à instância local
	Local → impacto nacional	Projetos de pesquisa ou desenvolvimento de capacitação técnica que se utilizem de sítios de pesquisa em dado local, mas que seus resultados sejam aplicáveis a nível nacional/internacional
	local não determinado → impacto nacional	Projetos de pesquisa ou desenvolvimento de capacitação técnica que tenham impacto nacional ou internacional
ADVOCACY	local → impacto local	Projetos de advocacia que procurem mobilizar a comunidade ou gerar normas, resoluções ou leis de caráter local
	local ou nacional → impacto nacional	Projetos de advocacia que procurem mobilizar a sociedade ou gerar normas, resoluções ou leis de caráter nacional
FORTALECIMENTO DE REDES E FÓRUMS	local não determinado → impacto regional, nacional, internacional	Projetos de estabelecimento de redes ao nível nacional e/ou internacional, incluindo cooperação externa
FORTALECIMENTO INSTITUCIONAL	local → impacto local	Projetos que visem aumentar a capacidade institucional das OSC, governo e outros parceiros
	local → impacto regional ou nacional	Projetos que visem aumentar a capacidade institucional das OSC e outros parceiros, mas especialmente de serviços de saúde públicos.

Quadro 7. Caracterização das modalidades de projetos Fonte: Ministério da Saúde, 2004a:3

Modalidade dos Projetos	Abrangência da Ação	Fonte de Recurso	Financiador	Pactuação Necessária
INTERVENÇÃO	local → impacto local	PAM	Estados ou Municípios	Pactuação das instâncias governamentais e OSC
	Regional → impacto regional	PAM	MS/SVS/PNDST AIDS e/ou Estados	Pactuação entre MS/SVS/PNDST AIDS, Estados e OSC
CONHECIMENTO E TECNOLOGIA	local → impacto local	PAM	Estados ou Municípios	Pactuação das instâncias governamentais e OSC
	local → impacto geral	PAM	Estados, municípios ou MS/SVS/PNDST AIDS	Pactuação entre MS/SVS/PNDST AIDS, Estados e OSC
	local não determinado → impacto geral	PAM	MS/SVS/PNDST AIDS	MS/SVS/PNDST AIDS e OSC, conforme público alvo
ADVOCACY	local → impacto regional ou nacional	PAM	Estado ou Município	Não há exigência
	local ou nacional → impacto nacional	PAM	MS/SVS/PNDST AIDS	Não há exigência
FORTELECIMENTO DE REDES E FÓRUMS	local não determinado → impacto regional, nacional, internacional	PAM	MS/SVS/PNDST AIDS	Pode haver participação de estados e municípios
FORTALECIMENTO INSTITUCIONAL	local → impacto local	PAM	Estados e municípios	Pactuação das instâncias governamentais e OSC
	Ação local/resultado regional ou nacional	PAM	Estados ou MS/SVS/PNDST AIDS	Pactuação entre MS/SVS/PNDST AIDS, Estados e OSC

Quadro 8. Competências de Financiamento segundo Modalidade de Projetos e Abrangência de Ação Fonte: Ministério da Saúde, 2004a:3.

Considerando as diferenças entre estados e municípios na capacidade de descentralização e utilização efetiva de mecanismos legais de repasse entre os fundos de saúde, este processo veio se dando de forma escalonada, para permitir que os recursos ao financiamento dos projetos de continuidade fossem assumidos gradativamente e incorporados no repasse fundo a fundo (Ministério da Saúde, 2005b).

Em face dos atrasos sofridos na implantação deste processo, pactou-se uma proposta de financiamento pelo PN, por mais 6 meses, dos projetos de continuidade avaliados como importantes pelos respectivos estados e municípios, (Ministério da Saúde, 2004b) como forma de não haver solução de continuidade.

Estes projetos de transição terminaram no meio de 2005, sendo que a partir de então, o PN não tem mais financiado centralmente projetos cuja responsabilidade de financiamento seja de competência municipal ou estadual, segundo modalidade de projeto e área de abrangência (Ministério da Saúde, 2004d:4). Dessa forma, a continuidade ou não das ações executadas nestes Projetos deverá ser discutida dentro de uma política estadual, com financiamento por meio dos PAMs ou outras fontes estaduais e/ou municipais (Ministério da saúde, 2005b) e dependerá de nova pactuação entre estas instâncias e da realização das concorrências estaduais de projetos.

Portanto, o momento atual mostra a implantação efetiva deste processo de descentralização, com parte da transferência de competências entre os entes da federação realizada.

Além da divisão mais clara de competência no tocante ao financiamento dos projetos de OSC, a política do incentivo traz outras inovações que destacamos abaixo:

O primeiro é o incentivo ao planejamento prévio como forma de acesso aos recursos, por meio dos PAMs – Plano Anual de Metas, condicionando o recebimento de recursos da esfera federal à elaboração deste instrumento de planejamento. Neste planejamento, a norma preconiza que haja comprovada participação da sociedade civil, a partir das instancias de controle social existentes, notadamente os Conselhos de Saúde.

O segundo é que um percentual (ao menos 10%) do valor destinado a cada unidade federada deve necessariamente ser destinado ao financiamento de ações da sociedade civil,<sup>307</sup> o que garante, ao menos institucionalmente, que tais organizações sejam incluídas também na execução da política local de combate ao HIV/Aids:

A tabela abaixo traz a proposta do PN para os PAMs estaduais no ano de 2005, destacando que a previsão total de recursos destinadas apenas às OSC totalizava R\$ 34 milhões (Coluna 6). Outra coluna a ser destacada é a 13, que traz a porcentagem de volume de recursos do PAM de cada Estado em relação às ações de OSCs<sup>308</sup>.

---

<sup>307</sup> Encontramos menção a mecanismos semelhante em Mann & Tarantola (1996:358). Em 1989, a OMS estabeleceu um programa de apoio para ONGs locais, no qual um dos objetivos principais era fazer com que obtivessem de seus programas de aids locais a disponibilização de 15% do orçamento para o financiamento destas ações.

<sup>308</sup> Apesar da previsão de R\$ 34 milhões, os dados mais recentes que a previsão para 2005 é de disponibilização de R\$ 22 milhões para projetos de OSC na Política do Incentivo, a serem repassados para as 27 unidades da federação (Ministério da Saúde, 2005a)

Tabela VI. Médias de recursos destinados às OSC por Unidade Federada de 1999 a 2004 e proposta para PAM/2005

Col. 1	Col. 2	Col. 3	Col. 4	Col. 5	Col. 6	Col. 7	C8	Col. 9	Col. 10	Col. 11
					PROPOSTA PARA NOVO VALOR PAM em 2005 só PARA OSC ***					
Média Anual (99-2003) OSC	Média Anual (01-03) OSC	Valor no PAM03 só para OSC	Projetos Atuais OSC 2004 no PN (continuidade + estratégicos)	Valor OSC no PAM03 estadual mais Projetos Atuais OSC no PN 2004	Valor só para OSC no PAM/2005 descontados projetos nacionais/regionais (20% do atual no PAM)	Diferença entre PAM03 para PAM05 para OSC por UF	UF	PAM 2005 (SES+Institutos+ Fundações)	Valor adicional à OG para administração de projetos**	PAM Global da UF e 2003
206.652,27	273.117,79	33.727,95	263.636,40	297.364,35	283.043,47	249.315,52	AC	48.008,00	43.040,00	437.451,47
99.861,37	127.168,69	88.412,89	88.500,00	176.912,89	229.004,89	140.592,00	AL	87.240,00	43.040,00	1.155.215,19
168.420,47	236.769,86	126.286,86	197.270,96	323.557,82	320.729,34	194.442,48	AM	45.782,14	43.040,00	1.637.940,57
42.286,56	30.666,67	47.966,76	50.625,00	98.591,76	88.466,76	40.500,00	AP	-	43.040,00	622.128,89
927.282,84	991.192,73	464.653,07	1.083.846,52	1.548.499,59	1.383.730,29	919.077,22	BA	65.000,00	86.080,00	6.037.436,97
829.222,99	1.027.818,58	267.779,59	1.544.017,19	1.811.796,78	1.656.787,63	1.389.008,04	CE	192.242,86	107.600,00	3.480.446,35
502.669,73	537.637,82	137.170,39	552.767,20	689.937,59	903.345,28	766.174,89	DF	404.951,41	64.560,00	1.371.703,88
115.298,46	110.619,57	226.113,50	235.511,97	461.625,47	414.523,08	188.409,58	ES	-	43.040,00	2.342.592,84
504.778,19	679.822,31	248.194,42	446.093,20	694.287,62	629.068,98	380.874,56	GO	30.000,00	64.560,00	2.566.882,98
60.966,76	35.221,13	175.580,34	117.901,75	293.482,09	321.901,74	146.321,40	MA	65.000,00	43.040,00	2.308.226,22
660.998,57	761.502,42	853.280,01	931.007,16	1.784.287,17	1.842.115,54	988.835,53	MG	305.037,25	107.600,00	9.144.518,01
477.623,82	649.307,17	208.550,21	881.696,70	1.090.246,91	1.029.607,57	821.057,36	MS	144.625,00	86.080,00	2.156.732,15
146.995,27	133.237,72	162.708,83	147.453,44	310.162,27	280.671,58	117.962,75	MT	-	43.040,00	1.827.088,29
377.593,43	398.366,65	172.890,87	122.560,96	295.451,83	398.366,65	225.475,78	PA	-	43.040,00	2.259.394,61
304.027,78	414.195,09	129.914,02	799.506,16	929.420,18	769.518,95	639.604,93	PB	-	64.560,00	1.710.484,84
664.344,96	763.051,46	347.978,43	712.767,48	1.060.745,91	918.192,41	570.213,98	PE	-	64.560,00	4.541.120,37
97.995,30	88.213,77	87.277,39	249.647,50	336.924,89	326.234,56	238.957,17	PI	49.048,96	43.040,00	1.157.487,73
997.121,35	1.374.548,65	563.980,40	2.121.749,09	2.685.729,49	2.261.379,67	1.697.399,27	PR	-	129.120,00	6.020.899,87
2.698.746,33	3.076.406,28	1.005.981,53	3.088.319,06	4.104.300,59	3.522.255,18	2.516.273,65	RJ	47.023,00	172.160,00	10.430.558,74
208.401,56	217.257,27	100.014,19	99.333,90	199.348,09	179.481,31	79.467,12	RN	-	43.040,00	1.297.184,01
181.867,19	233.800,26	46.793,05	333.973,58	380.766,63	313.971,91	267.178,86	RO	-	43.040,00	606.905,87
39.914,23	60.018,11	39.794,87	190.634,92	230.429,79	272.283,61	232.488,74	RR	99.976,00	43.040,00	516.139,43
983.355,55	1.120.924,96	811.665,67	2.065.766,89	2.877.432,56	2.464.279,18	1.652.613,51	RS	-	129.120,00	8.559.904,55
888.503,05	1.116.888,28	488.863,92	1.642.761,84	2.131.625,76	1.962.896,83	1.474.032,91	SC	199.779,30	129.120,00	5.225.981,82
231.230,35	277.495,12	77.524,11	363.829,40	441.353,51	409.498,03	331.973,92	SE	51.138,00	43.040,00	1.005.487,71
3.633.454,80	4.492.793,73	3.034.808,57	2.608.520,75	5.643.329,32	5.330.418,31	2.295.609,74	SP	260.991,43	258.240,00	32.199.163,30
132.944,36	163.993,67	52.088,18	311.969,20	364.057,38	301.663,54	249.575,36	TO	-	43.040,00	688.557,85
16.217.557,55	19.392.035,76	10.000.000,02	21.261.668,22	31.261.668,24	28.813.436,29	18.813.436,27	BRA		2.065.920,00	111.307.634,51
					6.000.000,00					
					34.813.436,29					
	</									

Fonte: Ministério da Saúde, 2004a:7

No processo de implantação desta nova sistemática de planejamento e contratualização, alguns problemas necessitam ser superados. Os apontados pelo PN (Ministério da Saúde, 2004d:4) podem ser resumidos aos seguintes:

- desconhecimento por parte dos coordenadores de instrumentos jurídicos para estabelecimento dos convênios, gerando dificuldades para repasse de recursos;

- dificuldade de acesso dos coordenadores estaduais ao gestor para pautar a importância do processo gerando dificuldades para repasse dos recursos;
- dificuldades dos gestores em adaptar os projetos de OSC selecionados pelos comitês às exigências da lei 8666. No meio de 2004, 10 estados haviam obtido êxito no repasse, com cerca de 120 OSC recebendo recursos através de Fundos descentralizados; outros 6 estados estavam em vias de finalizar este processo. No entanto, algumas legislações estaduais são apontadas como muito restritivas. Ainda assim, a meta é que se atinja 100% das Unidades da Federação com instrumentos adequados e factíveis para repasse de recursos para OSC;
- baixa integração entre coordenadores estaduais e OSCs gerando distorção entre as prioridades identificadas pela sociedade civil e aquelas estabelecidas pelo coordenador no PAM;
- divergência de ordem da política partidária entre coordenadores estaduais e secretários de saúde gerando dificuldades na implantação do processo;

Estes mesmos problemas foram abordados pelos gestores entrevistados. Inicialmente, são colocadas as dificuldades na realização de concorrências pelos Estados relativas a sua infra-estrutura e questões envolvendo favorecimento político.

A concorrência descentralizada teve sérios e difíceis problemas, o recurso passado via política de incentivo para Ong ainda está muito aquém da necessidade, não se compara com o que o governo federal vem aplicando. Há problemas de ordem operacional, sobretudo e alguns políticos. Uma coordenação estadual não tem a mesma estrutura e os mesmos recursos que tem o programa nacional. Na hora de operacionalizar uma concorrência estadual, mesmo você considerando que é um número menor de Ong, um número menor de projetos para serem analisados, você tem uma equipe muito reduzida e isso lógico reduz a sua capacidade de resposta. Tem muito direcionamento político envolvido no funcionamento da máquina estadual e municipal que dificulta muitas vezes o repasse, no tempo certo, o trâmite da concorrência, eu tenho que reunir um comitê; E tem a própria parte política, pelo desconhecimento, de falta de know-how dos estados, do município de articular ou tratar com ONGs. São problemas dessa natureza que só com o tempo e esse esforço do governo federal em estar estimulando, estar aplicando recurso para melhorar a estrutura local é que eles podem ser superados. Acho que é um pouco o processo que a gente teve. Só que a gente começou em 94, e estados e municípios estão começando em 2001, 2002.<sup>309</sup>

---

<sup>309</sup> Entrevista concedida por Lilia Rossi. Novembro de 2004. Este aspecto também foi ressaltado por Raldo Bonifácio (entrevista concedida em Junho de 2005), ao citar dificuldades das leis locais, nem sempre preparadas para processos de concorrência com ONGs, e por Karen Bruck (entrevista concedida em Junho de 2005), que mencionou a alta rotatividade das equipes de trabalho no serviço público, dificultando a continuidade na implantação da política.

O processo de descentralização amplia a necessidade de articulação entre ONGs e Estado, levando também para as esferas estaduais e locais a discussão e formulação de políticas e recolocando, para cada UF a divisão de trabalho entre os dois atores, que poderá assumir formas diferentes de acordo com as realidades locais e com o nível e capacidade de articulação.

Eu acho que a partir do momento em que se assumiu que era necessário descentralizar, esta já é uma medida para tentar conscientizar o gestor local, municipal e estadual. Na medida em que as decisões são tomadas na área federal, os outros níveis de poder não se envolvem na decisão e na priorização dos seus recursos. Na medida em que a gente aproxima a decisão destes níveis, eles vão ter que viver este conflito. E deste conflito tem que gerar respostas. (...) Então eu tenho a impressão que é a única forma da gente manter ações sustentáveis que incluam todo o sistema de saúde.<sup>310</sup>

Não só a articulação, mas uma articulação pautada na questão de prioridades. Então, o que é prioritário para o governo de São Paulo, para o enfrentamento da epidemia? Da AIDS, o enfrentamento do HIV, enfrentamento de Sífilis ... o que é prioridade? Ou estimulando outras formas como redução de riscos e danos, projetos em escolas, estas coisas. Quando ele diz qual é a prioridade dele, ele deve saber até aonde ele vai, e do que ele vai precisar da capacitação das OSCs. E estabelecer com elas, para que elas entendam que é um trabalho complementar ao do governo, e às vezes até fundamental, quando o governo ainda não consegue fazer. Ela complementa e às vezes até gera oportunidades de desenvolver uma proposta aventada pelo governo, mas que naquele momento ele não tem estruturas para desenvolver. Então é isto o que a gente está tentando a todo momento fortalecer, nos gestores estaduais e municipais de saúde. Tem que ser negociado. Não é um projetinho, "dez reais" para um, "dez reais" para outro, sem esta noção do que isto vai fortalecer a resposta do governo.<sup>311</sup>

No entanto, são relatadas resistências tanto dos gestores locais quanto das ONGs ao processo de descentralização, relacionadas a uma maior dificuldade de negociação em nível local e pelas novas competências estabelecidas para o gestor local, que a partir deste processo, passa também a ser responsável pela decisão “de” e “como” incorporar o trabalho das ONGs à sua política de combate ao HIV/Aids. Esta questão não é vista de forma unânime, e muitas vezes tem sua pertinência enfaticamente questionada.

Houve muita chiadeira de todos os lados. Das ONGs porque paradoxalmente a negociação local é muito mais complexa do que a negociação em nível federal. Elas sempre apontaram isso. Aqui a vantagem da centralização é porque a política é feita à revelia de gostos locais, exatamente por isso, a gente está enxergando o Brasil regionalmente, localmente e tinha que ter ações aqui, ali e acolá e isto é estratégico, sem olhar a posição política do sujeito que estava executando isso na prática. E isso em nível local fica mais difícil, principalmente em cidades de menor porte. As ONGs diziam: “Vai acontecer de você descentralizar recursos e a Prefeitura abrir ONG com a primeira dama.” E cadê o controle social? E evidentemente uma resistência brutal dos níveis locais porque isso gera infinitamente mais trabalho para eles. A articulação

---

<sup>310</sup> Entrevista concedida por Ricardo Marins. Junho de 2005.

<sup>311</sup> Entrevista concedida por Maria Alice Tironi. Junho de 2005.

política, sentar na mesma mesa com as ONGs, definir para onde vão os recursos, fazer processo de seleção pública, discutir critérios, monitorar, controlar a prestação de contas. Mas isso é inexorável.<sup>312</sup>

Você discute com estados e municípios e muitos acham que nem tem que repassar dinheiro para a sociedade civil, que na realidade é uma função pública e mesmo porque vê na Ong uma contraposição a sua própria política. Como a Ong é aquela que contesta então há um boicote, a descentralização hoje nos estados e município não é um processo tão tranquilo, é bastante conflituoso, mais pela visão do gestor e muito menos pela sociedade civil.<sup>313</sup>

A partir deste processo, estabelece-se também o desafio de aperfeiçoar a sistemática de convênios, na medida em que se deixa de utilizar o apoio ou a intermediação de organismos internacionais<sup>314</sup>:

Agora vai ter que se construir essa relação com os estados e futuro breve, com municípios; porque os estados também vão descentralizar esse recurso para os municípios. Então, essa foi a idéia daqueles 10% que a gente comentou, construir possibilidades de estabelecer parceria com a OSC lá no estado. Por isso, é um recurso a mais para não causar solução de continuidade, para que eles comessem a construir mecanismo jurídico. E hoje está bem claro, não deve sair daqui [esfera federal] para uma organização da sociedade civil que está lá no estado e, em última instância, no município. Não tem cabimento, ele planejar, você, nessa distância, ver se o planejamento é esse, você financiar e depois ver se realmente cumpriu o que estava programado e dá mais envolvimento dos municípios e do estado nesse monitoramento. Então, você tem as duas vias, você leva a coisa mais próxima, de onde ela acontece. Aí, eles vão construir isso, essa capacidade de fazer a tradução do recurso, e para nós é uma coisa que não dá para ficar com o chicote ou no lombo, porque nós ficamos 10 anos e não conseguimos construir no governo federal. Os mecanismos que eles têm, são os mesmos que a gente sempre teve, então não dá para ser uma coisa tão ferrenha, então, por isso, a gente botou um recurso a mais, lógico, não vai dar para construir tão fácil assim. E não podemos correr o risco de botar esse recurso lá e as ONGs fiquem sem financiamento.<sup>315</sup>

Nesse processo foi discutido com um grupo de gestores e da sociedade civil esse parâmetro de incentivo. Então a idéia era colocar tudo que era do dinheiro sociedade civil já nos planos de ações. Que é aí que teve receio, a sociedade civil foi que bateu mais, que ao colocar esse recurso junto ia criar descontinuidade. Pelo fato de os estados não terem instrumento. Os novos projetos passariam para os estados e municípios por meio do incentivo. E aí que se chegou aos 10%. Tudo que fosse novo o ministério não financiaria mais, repassaria para os estados e municípios, nessa proporção de 10%.<sup>316</sup>

---

<sup>312</sup> Entrevista concedida por Karen Bruck. Junho de 2005.

<sup>313</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro. Maio de 2005.

<sup>314</sup> Até julho de 2004, aproximadamente 120 OSC em 10 estados vinham recebendo recursos através de Fundos descentralizados. A meta era Ter pelo menos 05 OSC – aids recebendo recursos via política de incentivos nos 27 estados qualificados (Ministério da Saúde, 2004d)

<sup>315</sup> Entrevista concedida por Moisés Taglietta. Novembro de 2004.

<sup>316</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro. Maio de 2005.



E juntamente a isso, está a vontade dos agentes públicos em operacionalizar e buscar interpretações jurídicas mais favoráveis destes mecanismos. Em havendo a sensibilidade do gestor local para a cultura de parceria<sup>317</sup>, isso pode determinar sua decisão política em operacionalizar esta política.

(...) quando o gestor está convencido de que a decisão é muito mais política do que jurídica, ele avança. Eu acredito que na gestão, em que você tem radicalmente a transparência como referência, você consegue vencer os obstáculos burocráticos e de ordem legal. Você sabe que as leis estão sujeitas à interpretação. Não contém uma verdade absoluta. Então, se há uma decisão de ordem política, então é possível você partir para a interpretação, para a transparência e você consegue superar. Eu acho inclusive que a AIDS entra neste campo com uma vantagem: o fato de que o programa é reconhecido nacional e internacionalmente. Então no mínimo surge uma preocupação com o gestor quando ele tenta impedir. Por alguma postura que ele tenha, no mínimo ele tem que se incomodar. Há um constrangimento em negar. Isto está sempre num campo permanente de negociação.<sup>318</sup>

Por fim, a descentralização coloca em evidência a questão da sustentabilidade, principalmente financeira e política, destas organizações, pois a partir de então, Estados e municípios terão maior autonomia para definir suas políticas de combate ao HIV/Aids. Nesse sentido, pergunta-se se estas instancias do Estado optarão em dar continuidade à política de parcerias da mesma forma e na mesma intensidade que o governo federal vem fazendo ao longo destes últimos anos.

Como visto nos números apresentados no capítulo 4, houve sensível diminuição dos projetos financiados em nível federal, em face do processo de descentralização. No entanto, a princípio não é possível garantir que estados e municípios mantenham as parcerias que antes eram feitas em seus territórios pelo governo federal. Assim, muitas ONGs que tradicionalmente recebiam recursos no modelo federal de contratualização, agora estão sem projetos.

Existe um grande interesse de algumas em voltar a ter financiamentos para seus trabalhos. O atual estado de ausência de financiamento foi o tema predominante durante as visitas feitas a ONGs. Há relatos de ONG que estão encerrando seus trabalhos, uma vez que dependiam fortemente dos recursos governamentais ou mesmo porque haviam se constituído apenas pela perspectiva de acessar este recurso.

---

<sup>317</sup> Neste ponto se mostra o que parece ser uma característica típica das burocracias estatais, qual seja, a oposição sistemática à abertura do Estado à sociedade, “na medida em que essa mudança possa vir a afetar a maximização dos seus benefícios.”(Morales, 1999:83)

<sup>318</sup> Entrevista concedida por Raldo Bonifácio. Junho de 2005.

Nesse sentido, parece se instalar um dilema para o gestor federal: como, a partir do processo de descentralização, garantir a coerência de uma política de parcerias desenvolvida nos últimos anos bem como os ganhos que ela trouxe no combate ao HIV/Aids? Como garantir que haja sustentabilidade efetiva destas ações em nível local, considera a importância do seu trabalho e as limitações da rede pública de serviços?

Por mais que a gente estruture e fortaleça redes, programas, gestão estadual e municipal, o trabalho de ponta efetivamente com um foco nos vários grupos, o grande ator é a ONG, não tem como fugir disso. Há um interesse do estado, governo federal, em que essa ação não se perca no meio do caminho. Que ele sabe que nem em programas estaduais, nem em municípios, nem nos CTAS, nenhuma dessas instâncias consegue dar conta da mesma forma que a ONG dá nesse trabalho direto, de campo. E tem a própria consciência do governo: não pode em quatro anos incentivar, incentivar, incentivar as ONGs, criação, fortalecimento, botar para pensar outras coisas, estratégias novas, como abordar outros públicos que não esses que a epidemia está dizendo, pensando na perspectiva da prevenção, vamos nos adiantar, dar conta da imensidão do Brasil, faço isso tudo e de repente fala: “Olha, não tenho mais recursos para aplicar”, e isso tudo vai por água abaixo. Seria um despropósito, porque se pegou um empréstimo que nós pagamos, todos nós, um volume de recursos expressivos que coloco dentro de um componente, dentro de ONGs e de uma hora para outra fala: “Olha, acabou”. O investimento feito vai por água abaixo. A ONG não vai ter condições de dar continuidade ao trabalho, numa certa perspectiva. Então é legal, é bacana, é linkado mas tem uma parte de interesse e de racionalidade do próprio governo em pensar a sustentabilidade, e se pensou durante quatro anos. O Aids II, o grande link com ONGs foi pensar a sustentabilidade.<sup>319</sup>

Com esta política de incentivo de fundo-a-fundo, com a descentralização, a idéia é que a sustentabilidade se garantisse num embate local. porque o fundo-a-fundo nada mais é do que um recurso específico que pode ser acessado pelas ONGs. Mas ele deve e pode provocar uma discussão mais pública para os orçamentos estaduais, dentro das Assembleias Legislativas de assinar qual é a destinação do recurso e uma discussão local mesmo de quem está disposto ou não a compartilhar recursos para política pública dividindo isso com iniciativas da sociedade civil.<sup>320</sup>

A descentralização também permite a discussão sobre o papel do Estado na garantia da sustentabilidade destas organizações. Uma das gestoras ouvidas entende que a lógica da ditadura dos projetos tende a ver a questão de forma paternalista e maquiavélica, sendo na verdade uma discussão mais ampla envolvendo o marco legal do Terceiro Setor.

(...)é uma discussão que aí eu acho banal, simplista, ficar falando da ditadura dos projetos como se o Banco Mundial ou o Programa Nacional fossem maquiavélicos e os coitadinhos do projeto não sabiam disso antes e no meio do caminho descobrem que vão ficar sem nada.(...) Este discurso de que o governo está deixando as ONGs no meio do caminho, eu acho que é cobrar um paternalismo do governo. Porque não é assim. E não é o governo. Em qualquer agência internacional, por exemplo, projetos

---

<sup>319</sup> Entrevista concedida por Lilia Rossi. Novembro de 2004.

<sup>320</sup> Entrevista concedida por Karen Bruck. Junho de 2005.

têm começo, meio e fim.(...) O discurso é mal feito, é precário, e não engloba a discussão que é exatamente a discussão do marco legal. Porque a gente sabe que nos Estados Unidos, na Alemanha, no Canadá, todos os países de primeiro mundo, a OXFAM na Inglaterra, 70 (setenta) ou 80 (oitenta) por cento da sua verba, que inclusive colabora com o terceiro mundo, com os países em desenvolvimento, é governamental.

O problema é que a ONG não pode ficar no mito de que agora "nós vamos ter o emprego garantido ..." O Estado não pode fazer isso porque não é bom, é má fé, porque ele não pode contar com isso, não pode garantir, e pode ser que a sua avaliação tenha sido ótima e daqui a dois anos a realidade estratégica do Programa Nacional, por exemplo, seja outra e seja preciso investir em outra coisa e não nisso. Você não pode dizer que foi enganado, que não estava sabendo, você não pode dizer que foi largado coitadinho largado no meio da rua e não sabe o que vai fazer, etc. O que ela pode é reclamar e dizer "olha, dê um aviso prévio, com tempo hábil ..." ou reclamar de outra coisa.<sup>321</sup>

Outra face da sustentabilidade diz respeito ao apoio do Estado a grupos estigmatizados, para quem este apoio é essencial para o desenvolvimento de suas atividades e o compartilhamento de políticas públicas<sup>322</sup>:

E aí começa toda a discussão de sustentabilidade, exatamente, em cima disso, bom, tem um financiamento, as ações aconteceram, tinham os recursos para poder fazer as ações e se a gente sair de cena? Porque esse movimento, ele surge diferente do Casa de Apoio, a Casa de Apoio ela surge, como algo assistencial, algo de botar no colo, o cara está doente, então ela surge de uma maneira diferente, e aí, tem um apelo diferente, e aqui não, aqui é empoderar as populações que a sociedade quer varrer para baixo do tapete; a hora que eles não tiverem recurso para fazer nenhuma Parada Gay uma grande parcela da sociedade vai achar muito bom que eles não tenham recurso mesmo, como diz um amigo meu que é presidente de uma Ong: "o quê que esse bando de veado está fazendo, fica esse bando de veado solto na rua?"

É possível que o Governo busque trabalhar em mecanismos de incentivo a doações privadas, como forma de garantir uma co-responsabilidade das ONGs no financiamento de suas ações, em contrapartida aos recursos estatais (Morales, 1999). Mas o desejo por menor dependência de recursos públicos pode esconder uma distorção justamente pelas especificidades do financiamento de ações contra o HIV/Aids e pela sua relevância enquanto parte de uma política pública na área de saúde. As falas abaixo tocam nesta questão, ao concluir da necessidade de financiamento público para as ações em HIV/Aids e que uma meta

---

<sup>321</sup> Entrevista concedida por Cristina Câmara. Julho de 2005.

<sup>322</sup> Sabe-se da dificuldade em se conseguir parceiros outros, que resistem a serem associados à Aids, principalmente quando tais ações referem-se a tais grupos. Pesquisa de Fischer e Falcone (apud Ministério da Saúde, 2001 sust) sobre atuação social e voluntariado em empresas aponta uma preferência pelo desenvolvimento de ações que focalizem crianças e adolescentes, se comparado a ações junto a deficientes físicos e mentais, idosos de baixa renda, entre outros. Outro ponto ressaltado é o fato de que há outros fundos públicos que propiciam incentivos fiscais a doadores, notadamente o Fundo Nacional de Cultura e os fundos da criança e do adolescente.

de auto sustentabilidade das ONGs que passe pela não dependência de financiamento público não é algo viável.

Essa visão do gestor de limite de pagamentos era para gerar sustentabilidade. Vinha no discurso de que se a instituição não pudesse garantir esse mínimo essas atividades não seriam sustentáveis a longo prazo. O que também aí vem embutida uma idéia equivocada de que o financiamento publico para essa atividade não deve ser contínuo. A ação tem que ser sustentável. Mas por que não ser sustentável se ela é importante, se ela presta serviço a população porque não ser sustentável pelo próprio financiamento público? Pela continuidade do financiamento público? Então é uma distorção.<sup>323</sup>

Em primeiro lugar, a auto-sustentabilidade é um mito. O próprio programa percebeu que o objetivo maior é que efetivamente o recurso federal, ou recurso da AIDS, seja uma parte disso e não o integral. Seria desejável que as ONGs tivessem um projeto de geração de renda, outros financiadores, projetos de parceria, projetos de marketing, geração de produto, porque daria mais fôlego. Então a gente apostou que poderia estar contribuindo pelo menos para que estes 10 (dez) ou 20 (vinte) por cento pudessem vir de outra fonte. Algumas conseguiram, outras não, isto é um pouco natural; a gente também tem a clareza que a AIDS não é um tema que mobilize muitos recursos, em 20 anos não mudou muito, as empresas não querem associar o seu nome à epidemia, às populações excluídas, não é um tema fácil.<sup>324</sup>

## 5.2 Considerações Finais

O capítulo nos chama a atenção para a importância dos princípios de contratualização na relação entre o Estado e ONGs que prestarão serviços e os diversos tópicos da pauta constitutiva desta relação (Morales, 1999).

Inicialmente, pode se concluir que a sistemática criada a partir dos empréstimos do Banco Mundial foi estratégica em estimular inovações e criar um clima institucional para sua continuidade apos os empréstimos, o que poderá ser observado agora, com o avanço do processo de descentralização.<sup>325</sup> Ao mesmo tempo é colocado que a política em HIV/Aids brasileira ainda terá espaço para o trabalho crucial das ONGs, havendo por isso a necessidade em se continuar o financiamento público.<sup>326</sup>

---

<sup>323</sup> Entrevista concedida por Alexandre Granjeiro. Maio de 2005.

<sup>324</sup> Entrevista concedida por Karen Bruck. Junho de 2005.

<sup>325</sup> Esta é uma das conclusões do relatório do Banco Mundial (2004:30): *Project design and conditionality can be strategic in initiating and supporting institutional innovations which are capable of expanding and using more fully program implementation capacity, most notably: (a) use of public monies to further stimulate and mainstream the contracting of NGOs to work on prevention and care/treatment, in line with their comparative advantages;*

<sup>326</sup> There will be continued need for NGOs' critical contributions to HIV/AIDS control and thus for continued public financing of NGO contracts (The World Bank, 2004:26).

As questões envolvendo a competição na prestação de serviços públicos também foram refletidas e permitem um contraponto com o colocado pela literatura da reforma do estado, a qual justifica a inserção de OSCs na produção de serviços públicos como alternativa competitivo à prestação monopolística do Estado (Bresser Pereira & Grau, 1999; Morales, 1999).

O princípio da competição não parece se aplicar ao contexto do combate ao HIV/Aids, sendo mais adequado se falar um princípio de complementariedade. A competição pode trazer uma situação indesejada de sobreposição de ações e duplicidade de investimento de recursos.

Parece necessário, portanto, relativizar este princípio, adicionando outros princípios também importantes para a política pública como o planejamento de ações e a concertação entre os diversos atores locais.<sup>327</sup> Como colocado por um dos gestores, a sistemática de concorrência pode dificultar, em determinadas situações, o estabelecimento de vínculos de parceria entre ONGs de um mesmo local e/ou que trabalhem com um mesmo público.

Entendemos que o processo de descentralização será uma boa oportunidade para se avaliar a construção e manutenção das relações de parceria entre Estado e ONGs. Se no início da epidemia e quando do estabelecimento do primeiro acordo de empréstimo defendíamos que não havia elementos para que a parceria caracterizasse uma lógica de terceirização ou de transferência pura e simples de atividades, hoje o contexto nos parece diferente.

Estados e Municípios poderão reconhecer o trabalho desempenhado por ONGs e buscar vínculos de parceria e institucionalização de políticas de prevenção e assistência ou poderão simplesmente ignorar tais trabalhos, ocasião na qual entendemos que estará de fato presente a lógica do Estado mínimo, não só do ponto de vista econômico mas também do ponto de vista da defesa da cidadania e dos direitos humanos. Esta lógica também se mostrará presente caso estas instancias, ainda que financiem atividades de ONGs, não assumam efetivamente sua condição de ente condutor da política pública bem como o monitoramento e avaliação destas ações.

Apenas como breve comparação, mencionamos o exemplo colocado por Mizrabi-Tchernonog (1992) em artigo sobre a relação Estado-Terceiro Setor na França em um período de descentralização ocorrido no início dos anos 1980. Naquele país, as OSCs foram responsáveis pela expansão da rede local de serviços, suprimindo necessidades de determinados

---

<sup>327</sup> Sobre a questão do planejamento local de ONGs, uma opção interessante, por exemplo, foi o sistema de financiamento das Paradas GLBT em 2005 feito pelo PN. O edital especificava que só apoiaria um único projeto em cada município e que as ONGs deveriam se reunir para apresentar a proposta. O edital estabelecia um limite de eventos que financiaria, mas a competição se dava entre os municípios e não entre ONGs com propostas semelhantes dentro de um mesmo município. Esta é a lógica sobre a qual queremos refletir no intuito de buscar o aperfeiçoamento de regras institucionais, no momento em que o processo de descentralização ocorre.

grupos, sendo que nesta interação, os governos locais tomaram para si a função de incentivo à vida comunitária, o que lhes permitiu se beneficiar dos recursos providos por estas organizações e lhes gerou inclusive benefícios políticos.

A autora observa que as OSCs por vezes se mostravam parceiros, outras vezes mediadoras e em outros como meros instrumentos dos governos locais. De qualquer forma, o texto nos aponta a necessidade em se pensar novos formatos de parceria e sua conveniência, pois parece haver certa estabilização em relação ao modelo de concorrências utilizado até o momento, e que aos poucos está sendo transferido aos estados, com algumas alterações iniciais.

Isso, a nosso ver, reforça o entendimento de que o paradigma da colaboração (ou da complementariedade), não só do ponto de vista empírico, mas também do ponto de vista normativo, é o que deve prevalecer quando se discute as interfaces entre Estado e ONGs na prestação de serviços públicos. Ser capaz de verificar onde é possível exercer esta relação de complementariedade, de aproveitamento das especificidades de cada setor, ao invés de basear a discussão a partir da ótica de substituição ou omissão do Estado (sem desconsiderar, entretanto, que estas possibilidades podem acontecer na prática).

Durante as visitas às ONGs, percebeu-se uma preocupação geral com este momento de transição, onde os estados e municípios terão de assumir muito do que vinha sendo feito pelo Governo Federal, por intermédio do PN. Pois é o momento de verificar de que forma prevalecerá, em cada local, um compromisso com a construção dos vínculos de parceria, que se traduzem em reconhecimento e financiamento de ações das ONGs, a busca de integração com políticas públicas locais já existentes e a participação conjunta na formulação destas políticas.<sup>328</sup> Será o momento de verificar a efetividade dos mecanismos estabelecidos pela política de incentivo e como estes interagirão com os agentes públicos locais, lembrando que, como ressaltado por um dos ex-diretores do PN, a sustentabilidade, em última instância é política.

Agora no final, a sustentação de longo prazo é política. Nós criamos os instrumentos. Eu acho que nós podemos continuar fazendo progresso nesse sentido que eu falei, mexendo na legislação, aperfeiçoando o sistema único de saúde, outros sistemas públicos, etc. Agora a sustentação de tudo não importa a natureza é política.<sup>329</sup>

---

<sup>328</sup> Um movimento importante verificado em várias das ONGs visitadas, é que elas estão buscando cada vez mais se inserir nos conselhos gestores de políticas públicas, não só nos de saúde ou nas comissões específicas para o HIV/Aids, mas em outras como direitos humanos e assistência, entendendo este movimento crucial para a manutenção e ampliação de ações de combate à epidemia, bem como para melhor se inserirem enquanto atores sociais na discussão e formulação das políticas públicas.

<sup>329</sup> Entrevista concedida por Paulo Teixeira. Maio de 2005.

Haverá uma diminuição no espaço e no apoio financeiro dado às OSCs? Fugiria aos objetivos deste trabalho um monitoramento mais detalhado da aplicação dos incentivos fundo-a-fundo nos estados, até porque ainda se trata de uma sistemática recém implantada. No entanto, entendemos válido registrar algumas impressões dos gestores ouvidos.

Alguns acreditam que não haverá redução de espaço para o trabalho das ONGs, seja pela sua capacidade de buscar novas áreas de trabalho, para além da prestação de serviços, seja pela sua capacidade de mobilização e controle social, até pelas disposições legais do próprio SUS.

Esta é normalmente a tendência natural das pessoas pensarem: acabar diminuindo o espaço da sociedade civil neste plano. Eu duvido. As ONGs são muito criativas. Elas não se esgotam na prestação de serviços. Há uma série de outras coisas que a Aids coloca e eu não consigo enxergar que isto vai acabar reduzindo. Este papel já é um dado, a referência das pessoas que vêm com AIDS é o serviço mas também é a ONG. A ONG nunca precisou distribuir medicamento por exemplo. E muitas delas nunca precisaram fazer lanche, distribuir cesta básica, benefícios sociais. A grande maioria não precisou fazer isso para criar vínculos com o seu usuário, seu público alvo. As organizações mais fortes de hoje não são as que prestam assistência; são as que organizam estas populações, são as que viabilizam a pressão política delas, têm um peso muito maior do que estas que têm um caráter mais assistencial. Então eu não posso acreditar que o papel das organizações vai ficar mais residual com esta nova conjuntura.<sup>330</sup>

As ONGs vão ter sempre um papel importante na atuação junto ao programa de AIDS até por que é uma questão legal. Não é nem da nossa vontade. Está na Constituição, está na lei que formulou o SUS, então sobre a nossa vontade existe uma questão legal. E além do que a gente tem a compreensão de que de fato esse é o mecanismo mais adequado para se ter um programa de saúde resistente e que seja eficaz.<sup>331</sup>

Outros, por sua vez, temem a possibilidade de um retrocesso, ao final dos empréstimos do Banco Mundial, quando então não haverá mais este “fator externo” a influenciar os gestores públicos. Coloca-se também a perspectiva de diminuição dos recursos, se comparados ao montante disponibilizado pelo antigo modelo centralizado, influenciado também pela diminuição dos recursos de agências internacionais no Brasil.

Um dos temores que eu tenho no momento que encerrar o acordo com o Banco Mundial é desta resistência vir com toda a força. Ela existe nos diversos níveis: federal, estadual, municipal. Por vários motivos. Alguns com uma argumentação de que a AIDS não deve ser diferenciada de nenhuma das outras doenças – que ela deve ter um tratamento igual e esse tratamento igual, quando a gente vai olhar, é nivelar por baixo, e outros que acham que a resposta deve ser do Estado e que deve se aparelhar e se equipar e ter recursos humanos, estatizar a resposta à epidemia.<sup>332</sup>

---

<sup>330</sup> Entrevista concedida por Karen Bruck. Junho de 2005.

<sup>331</sup> Entrevista concedida por Ricardo Marins. Junho de 2005.

<sup>332</sup> Entrevista concedida por Raldo Bonifácio. Junho de 2005.

A sustentabilidade tem que ser pensada com a consciência de que daqui para frente os recursos financeiros não vão estar muito disponíveis. Então é preciso colocar dentro da própria política, tudo o que possa garantir a continuidade da prevenção da epidemia, mas de uma maneira muito subliminar. É difícil. Porque existe um batalhão de ONGs que não vão ter os recursos que elas têm hoje. Mesmo diminuídos a partir do próprio estado e município – o volume financeiro diminuiu nesta descentralização – a tendência é que elas terão que ser muito criativos para fazer políticas públicas que ensinem a questão da prevenção da epidemia do HIV, de uma forma muito menos pontual. Mas que ela fique pulverizada, espalhada, disseminada em qualquer possibilidade de incorporação delas.<sup>333</sup>

Eu acho que o futuro não é muito bom. Não muito promissor. Criou um grande número de organizações que não vão ter como se manter se não tiver acesso a esse recurso. Poucas conseguem sobreviver com recursos que não dependem exclusivamente do ministério da saúde. Abia, Pella Vida, Giv em São Paulo são organizações que conseguem ter uma carteira de doadores, não é muito grande, mas pelo menos não é só o ministério. Mas mesmo essas Ongs também sofrem de um problema que é a migração dessas agências [internacionais] para fora do país. Uma “Carter”, por exemplo, já não financia mais nada aqui dentro, as agências que tradicionalmente trabalhavam com Aids agora trabalham com outras questões na medida em que se tem essa mentalidade de que a Aids é um problema resolvido aqui internamente. Ou de que você tem um programa nacional forte que consegue resolver todos os problemas.<sup>334</sup>

Colocados estes dois caminhos possíveis, ainda será necessário algum tempo para se avaliar qual foi a tendência predominante nas diversas unidades da federação.

Um último ponto a ser refletido, refere-se à questão da sustentabilidade das ONGs e a sua relação a princípio bastante simbiótica com o financiamento estatal. Este de fato parece ser o padrão para as ONGs/Aids brasileiras: seu principal financiamento principal reside no Estado. Sem este, não há como prosseguir em suas atividades. Pouquíssimas tem uma fonte variada de financiadores. Isso nos coloca o já mencionado paradoxo que é o Estado fomentar a criação de ONGs por todo o país, como forma de expandir as ações de prevenção e assistência, e agora ter de pensar em mecanismos de sustentabilidade que permitam a continuidade desta política e os ganhos dela advindos.

Ainda que haja importantes limitações no acesso às fontes estatais de recursos, parece não haver outras alternativas viáveis. Como já ressaltado por Parker (2003:27) “Sem qualquer surpresa, este pesado influxo de financiamento disponibilizado pelo governo federal estimulou várias atividades que, de outra forma, seriam provavelmente impossíveis de serem realizadas.”<sup>335</sup>

---

<sup>333</sup> Entrevista concedida por Vera Menezes. Agosto de 2005.

<sup>334</sup> Entrevista concedida por Carlos Passarelli. Maio de 2005.

<sup>335</sup> Parker (2003:28-29) faz breve retrospectiva dos recursos financeiros disponíveis para projetos de ONGs, que começar a crescer a partir de 1987, através do trabalho de agências internacionais privadas (como Fundação Ford



As evidências apontam para a necessidade cada vez maior do financiamento público. Assim, parece cada vez mais importante ter em mente a separar entre financiamento (normalmente a cargo do Estado – via tributos) e a produção de serviços públicos. Os valores humanos, as atividades tendencialmente vinculadas aos direitos sociais de cidadania e as externalidades implicados justificam, por si, o financiamento público estatal, ainda mais quando há evidências que apontam para um decréscimo de outras fontes de financiamento. (Bresser Pereira & Grau, 1999).

# 6

## Considerações Finais

O presente trabalho buscou discutir e refletir sobre os motivos e condições para se constituir um sistema de colaboração e complementariedade entre Estado e ONGs, como possível solução duradoura e democrática para a produção de bens e serviços (Morales, 1999) no campo da Aids.

Morales (1999) sintetiza alguns dos desafios colocados pela Reforma do Estado no tocante à construção de um sistema de parcerias entre organizações públicas não-estatais e o Estado que entendemos pertinentes no caso da política de HIV/Aids, a qual, conforme vimos, vive um momento crucial com o processo de descentralização e de inserção gradual e definitiva no âmbito do Sistema Único de Saúde:

Este processo é de responsabilidade do próprio Estado, que deverá assumir suas conseqüências, principalmente no que se refere ao financiamento e à regulação destas atividades executadas pelas ONGs.

O conteúdo destas atividades precisa estar bem definido. A partir do momento em que a opção para este arranjo é o terceiro setor, tal parceria deve se traduzir para além de simples relações contratuais.<sup>336</sup>

A partir desta decisão, deve haver uma preocupação com o respeito à autonomia e à independência deste setor, em um âmbito de contratualização e institucionalização, como condição básica para a manutenção deste arranjo.

Talvez nesta última parte tenhamos sentido uma necessidade de pontuar ou dizer que não temos uma visão idealizadora ou inocente da sociedade civil. Esperamos ter sido capazes de apontar alguns dos diversos problemas e desafios existentes nesta relação de parceria desenvolvida no campo da Aids.

No entanto, nos sentimos seguros em afirmar o pioneirismo e a pertinência das ações desenvolvidas por estas organizações dentro do contexto mais amplo da resposta nacional ao HIV/Aids. As ONGs visitadas nos permitiram apreender diversas nuances dos serviços que

---

<sup>336</sup> Neste caso, o terceiro setor deveria ser tratado como prioridade de governo, como instituição responsável pelo avanço social, não como parceiro (eventual) de segunda classe, destinado a tarefas (complementares) menos nobres. Isso significa tratamento institucional; financiamento e regulação do próprio setor, além de financiamento e regulação das atividades que ele exerce (1999:82).

descrevemos e sabemos que estas são parte significativa do universo de ONGs que trabalham com a temática da aids.

Apesar disso, o trabalho mostrou a existência de um constante conflito na luta pela “titularidade” na prestação do serviço. O quão o Estado e seus gestores ainda parecem ver nesta tarefa a razão de sua existência? Em que medida a abertura a novos atores ou a partilha de tarefas decorre única e exclusivamente a partir das impossibilidades e limitações do próprio Estado e não a partir de uma visão autêntica de parceria?

Espera-se que a nova etapa de relações Estado/ONGs no campo do HIV/Aids seja capaz de preservar as boas praticas da política publica e negocias suas prioridades de forma conjunta e sem a preocupação em se garantir “reservas de mercado” seja para o Estado seja para as ONGs. Como mostrado, há um leque ampliado de possibilidades de complementariedade.

Talvez um ponto de partida mínimo para se pensar nestas questões é não atribuir a Estado, Mercado e Sociedade virtudes ou defeitos imanescentes. Se a Sociedade Civil aparece como alternativa, parece não haver dúvida de que ela não constitui algo homogêneo ou que tenha uma virtude intrínseca. O Estado não monopoliza nem necessariamente realiza o interesse público, mas a sociedade em abstrato tampouco. Por Isso, propõe-se pensar muito mais na construção de círculos virtuosos entre Estado mercado e sociedade civil. (Bresser Pereira & Grau, 1999:20).

Se até hoje conseguiu-se construir um círculo virtuoso entre Estado e ONGs na política de Aids, o momento atual parece representar o início de um novo ciclo, com uma nova qualificação dos atores, em face da descentralização, e dos novos contornos da epidemia. Ainda está para se concluir qual será a característica deste ciclo, se também virtuoso e com predomínio de relações de colaboração ou se será um ciclo de conflitos no qual estes dois atores não serão capazes de identificar complementaridades, pautando suas ações a partir de um paradigma de conflito.

## Referências Bibliográficas

ALTMAN, Dennis. *Poder e comunidade: respostas organizacionais e culturais à Aids*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1995. (História Social da Aids, 5)

ABONG – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS. *Manual de fundos públicos: controle social e acesso aos recursos públicos*. São Paulo: Abong, Peirópolis, 2004.

ANHEIER, Helmut K. An Elaborate Network: Profiling the Third Sector in Germany. In: GIDRON, Benjamin et al. (Ed.) *Government and the Third Sector: Emerging Relationships in Welfare States*. San Francisco: Jossey-Bass, 1992.

AQUINA, Herman J. A Partnership Between Government and Voluntary Organizations: Changing Relationships in Dutch Society. In: GIDRON, Benjamin et al. (Ed.) *Government and the Third Sector: Emerging Relationships in Welfare States*. San Francisco: Jossey-Bass, 1992.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. *Dicionário de política*. (Trad. Carmen C. Varriale.) 6.ed. Brasília: Ed. UnB, 1994.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*. Brasília: Presidência da República, Imprensa Nacional, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de DST/AIDS. Unidade de Promoção à Saúde. *Memória do Projeto Previna*. Brasília, mar. 1990. (Mimeo.)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Controle das DST e Aids. Projeto de Controle de DST e Aids. Documentação complementar. Sumário dos componentes e sub-componentes do Projeto. Brasília, 1992. (Mimeo.)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Relatório de Atividades. 1992-1994. Brasília, 1994. (Mimeo.)

\_\_\_\_\_. *Guia de recomendações: casas de apoio em HIV/AIDS*. Brasília, 1997a. (Mimeo.)

\_\_\_\_\_. Principais Ações e Produtos da Coordenação Nacional de DST e Aids em 1997. Brasília, 1997b. (Mimeo.)

\_\_\_\_\_. Aids no Brasil: Um Esforço Conjunto Governo-Sociedade. Brasília, 1998a. (Mimeo.)

\_\_\_\_\_. *Articulação com ONG – Histórico de Atividades*. Projeto de Controle da AIDS e DST “AIDS I – BRA 001/92” 1993 a Junho de 1998. Brasília, junho de 1998b. (Mimeo.)

\_\_\_\_\_. A Resposta Brasileira ao HIV/AIDS: Experiências Exemplares. Brasília, 1999a.

\_\_\_\_\_. Unidade de Articulação com ONG. *Relatório de Atividades Dezembro/98 a Junho/99*. Brasília, junho de 1999b. (Mimeo.)

\_\_\_\_\_. *Aids e sustentabilidade: sobre as ações das organizações da sociedade civil*. Brasília, 2001a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 45)

\_\_\_\_\_. *Catálogo de Organizações da Sociedade Civil-2000/2001*. 2.ed. revista e ampliada. Brasília, 2001b.

\_\_\_\_\_. *Política de reconhecimento e apoio às Organizações da Sociedade Civil que atuam contra a aids*. Brasília, 2001c. (Mimeo.)

\_\_\_\_\_. *Manual para Aquisições e Seleção e Contratação de Consultoria no Âmbito do Acordo de Empréstimo 4392-BR*. Brasília, 2001d. (Mimeo.)

\_\_\_\_\_. *Norma Técnica – Incentivo HIV/Aids e outras DST, nº 01/2002*. Referente à Portaria nº 2.314, de 20 de dezembro de 2002. Brasília: 2002a. Disponível em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), acesso em 15.07.2005.

\_\_\_\_\_. PORTARIA nº 2.313, de 19 de dezembro de 2002. Institui incentivo para Estados, Distrito Federal e Municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST. Brasília: 2002b. Disponível em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), acesso em 15.07.2005.

\_\_\_\_\_. *Profissionais do sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da Aids*. Brasília, 2002c.

\_\_\_\_\_. *Proposta de Planejamento Estratégico para as Assessorias Jurídicas das ONG/AIDS*. (Consultoria de Miriam Ventura.) Brasília, 2002d. (Mimeo.)

\_\_\_\_\_. *A Comissão Nacional de Aids: a presença do passado na construção do futuro*. Brasília, 2003a.

\_\_\_\_\_. *Ajuda-Memória. REUNIÃO NACIONAL DAS ASSESSORIAS JURÍDICAS*. Brasília (DF), 22 e 23.05.2003b. (Mimeo.)

\_\_\_\_\_. *Ativismo em Aids: Controle Social no SUS*. Brasília, 2003c.

\_\_\_\_\_. *Nota Técnica. Processo de Descentralização de Projetos*. Brasília, 2004a. Disponível em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), acesso em 21.07.2005.

\_\_\_\_\_. *Nota Técnica. Projetos de Continuidade 2005*. Brasília, 2004b. Disponível em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), acesso em 21.07.2005.

\_\_\_\_\_. PORTARIA nº 1.824, de 2 de setembro de 2004. Dispõe sobre as normas relativas aos recursos adicionais destinados a estados, ao Distrito Federal e a municípios, qualificados para o recebimento de incentivo para o financiamento das ações desenvolvidas por Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/Aids. Brasília: 2004c.

\_\_\_\_\_. Relatório Sintético de Atividades em andamento na Unidade de Articulação com a Sociedade Civil e Direitos Humanos e Documentos Referenciais. Brasília, 2004d. (Mimeo.)

\_\_\_\_\_. *Ministério da Saúde amplia incentivo em HIV/aids para organizações da sociedade civil*. Notícia veiculada no site do PN em 14.11.2005a. Disponível em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), acesso em 16.11.2005.

\_\_\_\_\_. *Nota Técnica. Finalização dos Projetos de Transição*. Brasília, 2005b. Disponível em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), acesso em 21.07.2005.

\_\_\_\_\_. *Plano Estratégico 2005*. Brasília, 2005. Disponível em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), acesso em 24.11.2005c.

\_\_\_\_\_. PORTARIA nº 2.190, de 9 de novembro de 2005. Altera a relação dos municípios e os valores de referência às normas do Incentivo para Estados, Distrito Federal e Municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST. Brasília: 2005d. Disponível em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), acesso em 15.07.2005.

\_\_\_\_\_. Carta-Consulta à Comissão de Financiamentos Externos – COFIEIX. Brasília: s.d. a (Mimeo.)

\_\_\_\_\_. *Parcerias com Organizações da Sociedade Civil (OSC), no âmbito da política de incentivo HIV/aids e outras DST*: sugestões, recomendações técnicas e formulários. Anexo 03. Brasília, s.d. b (Mimeo) Também disponível em [www.aids.gov.br/incentivo](http://www.aids.gov.br/incentivo), acesso em 21.10.2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília, 2001d. Disponível em [www.saude.gov.br/](http://www.saude.gov.br/), acesso em 27.10.2005.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. Hospitais e reforma. *Folha de S. Paulo*, 28.3.2005.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; GRAU, Nuria Cunill (Org.) *O público não-estatal na reforma do Estado*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; PACHECO, Regina Silvia. *A Reforma do Estado brasileiro e o desenvolvimento*. Texto preparado para o Fórum Nacional Especial sobre “Reforma das instituições do Estado brasileiro – Executivo, Legislativo e Judiciário”, organizado pelo INAE – Instituto Nacional de Altos Estudos. Disponível em [www.bresserpereira.org.br/](http://www.bresserpereira.org.br/), acesso em 18.11.2005.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter (Org.) *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. 4.ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001.

CÂMARA, Cristina; DE LIMA, Ronaldo. Histórico das ONG/Aids e sua contribuição no campo das lutas sociais. *Cadernos Abong*, n. 28, p. 29-74, out. 2000.

CAMPOS, Luiz Claudio Marques. Dicionário de termos relacionados ao Terceiro Setor. In: *Integração – Revista eletrônica do Terceiro Setor*. Seção Administrando. Ano V, n. 11, fev. 2002. Disponível em [integracao.fgvsp.br/ano5/12/index.htm](http://integracao.fgvsp.br/ano5/12/index.htm), acesso em 19.11.2005.

CASTILHO, Euclides A.; CHEQUER, Pedro. Epidemiologia do HIV/AIDS no Brasil. In: PARKER, Richard (org.). *Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar:ABIA, 1997

DAHL, Robert. *Dilemmas of Pluralistic Democracy: Autonomy vs. control*. New Haven: Yale University Press, 1982.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. *Revista de Administração Pública*, Ed. FGV, v.35, n.1, p.119-44, jan./fev. 2001.

FERNANDES, Rubem César. *O que é o terceiro setor? 3º Setor: desenvolvimento nacional sustentado*. São Paulo: GIFE, Paz e Terra, 1997.

FERRAREZI, Elisabete. *O novo marco legal do terceiro setor no Brasil*. Brasília: Comunidade Solidária, 2001.

\_\_\_\_\_. *OSCIP – Organização da sociedade civil de interesse público: a lei 9.790/99 como alternativa para o terceiro setor*. Brasília: Comunidade Solidária, 2000.

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson. *PSF: contradições e novos desafios*. Belo Horizonte (MG), Campinas (SP): 1999. Disponível em [www.datasus.gov.br/cns](http://www.datasus.gov.br/cns), acesso em 27.10.2005.

GALVÃO, Jane. *1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

\_\_\_\_\_. *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

\_\_\_\_\_. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS. In: PARKER, Richard (org.). *Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar:ABIA, 1997a.

\_\_\_\_\_. As respostas religiosas frente à epidemia de HIV/AIDS. In: PARKER, Richard (org.). *Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar:ABIA, 1997b.

\_\_\_\_\_. O Banco Mundial e a Aids: avaliando a participação das organizações não governamentais brasileiras no Projeto de Prevenção e Controle da Aids e DST. In: SOARES, Maria Clara C.; LEROY, Jean-Pierre. (Org.) *Bancos multilaterais e desenvolvimento participativo no Brasil: dilemas e desafios*. Rio de Janeiro: Fase/Ibase, 1998.

GARRISON, John W. *Do confronto à colaboração*. Relações entre a Sociedade Civil, o Governo e o Banco Mundial no Brasil. Brasília: Banco Mundial, 2000.

GIDRON, Benjamin et al. (Ed.) *Government and the Third Sector: Emerging Relationships in Welfare States*. San Francisco: Jossey-Bass, 1992.

GOHN, Maria da Glória. *História dos Movimentos e Lutas Sociais*. A construção da cidadania dos brasileiros. 2.ed. São Paulo: Loyola, 2001.

GRAZIANO, Luigi. Pluralismo em perspectiva comparada: notas sobre as tradições européia e americana. *Revista brasileira de Ciências Sociais* (RBCS), n.26, out. 1994.

KRAMER, Ralph M. et al. *Privatization in Four European Countries: Comparative Studies in Government-Third Sector Relationships*. New York: M. E. Sharpe, 1993.

KOGA, Natalia Massaco. *As organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIPS) e os termos de parceria: uma reflexão sobre a relação entre Estado e sociedade civil*. Dissertação (mestrado) – EAESP/FGV, São Paulo, 2004.

LANDIN, Leilah. *Para além do mercado e do Estado? Filantropia e cidadania no Brasil*. Rio de Janeiro: Iser, 1993.

LIPSKY, Michael. *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation, 1980.

LINDBLON, C. Processo de decisão política. Brasília: Ed. UnB, 1981.

MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M. *AIDS in the World II. Global Dimensions, Social Roots, and Responses*. New York: Oxford, 1996

MARQUES, Eduardo. Estado, políticas estatais e atores políticos. *BIB*, Ed. Relume-Dumará, n.43, 1997.

MATTOS, Ruben Araujo de et al. *As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. (Coleção Políticas Públicas e Aids, 1)

MONTAÑO, Carlos. *Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo: Cortez, 2002.

MORALES, Carlos Antonio. Provisão de serviços sociais através de organizações públicas não-estatais. Aspectos gerais. In: BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; GRAU, Nuria Cunill (Org.) *O público não-estatal na reforma do Estado*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999.

MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. *Mutações do Direito Administrativo*. 2.ed, atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

MSH. Management Sciences for Health – MSH do Brasil. *Ong na lei – perguntas e respostas*. Rio de Janeiro: Lidador, 2004.

PARKER, Richard. *Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982-1996*. (Divulgação em Saúde para Debate, 27, agosto 2003.) Londrina (PR): Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. (org.). *Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar:ABIA, 1997

PEREIRA, Carlos. *O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização e perspectivas*. Disponível em



[www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT\\_AR\\_1\\_CPereira\\_%20MarcoRegulatorio.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AR_1_CPereira_%20MarcoRegulatorio.pdf), acesso em 19.11.2005.

PRZEWORSKI, Adam. *Democracia e mercado: reformas políticas e econômicas no Leste europeu e na América Latina*. (Trad. Vera Pereira.) Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

ROCHA, Sílvio Luís Ferreira da Rocha. *Terceiro Setor*. São Paulo: Malheiros, 2003. (Temas de Direito Administrativo, 7)

RODRIGUES, Almira. *Noções e conceitos: controle social, lobby e advocacy*. Brasília, 1999. Disponível em [www.cfemea.org.br](http://www.cfemea.org.br), acesso em 20.03.2005.

SALAMON, Lester. A emergência do terceiro setor – uma revolução associativa global. *Revista de Administração*, São Paulo, v.33, n.1, p.5-11, 1998.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Vigilância das DST/HIV/AIDS. *Curso Básico Vigilância Epidemiológica HIV/AIDS*. Florianópolis (SC), 2005. (Mimeo.)

SÃO PAULO (Estado). Coordenação Estadual de DST/Aids. Histórico da Coordenação Estadual de DST/Aids. São Paulo, s.d. (Mimeo.)

SCOTTO, Gabriela; SOARES, Maria Clara C.. Estudo sobre Fundos Sociais e Ambientais financiados ou administrados pelo Banco Mundial no Brasil. Capítulo VII. AIDS I. Rio de Janeiro: Banco Mundial, 2000.

SOARES, Maria Clara C.; LEROY, Jean-Pierre. (Org.) *Bancos multilaterais e desenvolvimento participativo no Brasil: dilemas e desafios*. Rio de Janeiro: Fase/Ibase, 1998.

SILVA, Cristina Luci Câmara da. ONGs/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14, supl. 2, p.129-39, 1998.

STARK, David; BRUSZT, Laszlo. Enabling constraints: fontes institucionais de coerência nas políticas públicas no pós-socialismo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v.13, n.36, fev. 1998.

SZAZI, Eduardo. Do convênio ao termo de parceria: evolução ou revolução? In: *ONGs: convênios e parcerias com o poder público*. Documenta: Leituras de interesse local e regional. São Paulo: Oficina Municipal, 2002. (Mimeo.)

TAYLOR, Marilyn. The Changing Role of the Nonprofit Sector in Britain: Moving Toward the Market. In: GIDRON, Benjamin et al. (Ed.) *Government and the Third Sector: Emerging Relationships in Welfare States*. San Francisco: Jossey-Bass, 1992.

TCHERNONOG-MIZRAHI, Viviane. Building Welfare Systems Through Local Associations in France. In: GIDRON, Benjamin et al. (Ed.) *Government and the Third Sector: Emerging Relationships in Welfare States*. San Francisco: Jossey-Bass, 1992.

TEIXEIRA, Ana Claudia Chaves. *Identidades em construção*: as organizações não-governamentais no processo brasileiro de democratização. São Paulo: Annablume, Fapesp, Instituto Polis, 2003.

TEIXEIRA, Paulo Roberto. Políticas Públicas em AIDS. In: PARKER, Richard (org.). *Políticas, Instituições e AIDS*: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, ABIA, 1997.

TERTO Jr., Veriano. A Aids e o local de trabalho no Brasil. In: PARKER, Richard (org.). *Políticas, Instituições e AIDS*: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, ABIA, 1997.

THE WORLD BANK. *Working with NGOs*. A practical guide to operational collaboration between The World Bank and Non-governmental Organizations. Operations Policy Department. March, 1995.

THE WORLD BANK. *Project Performance Assessment Report*. Brazil First and Second Aids and STD Control Projects (Loan 3659-BR and 4392-BR). Disponível em <http://www.worldbank.org/>, acesso em 15.08.2005. [completar]

UNESCO. *Responses to Aids challenges in Brazil*: limits and possibilities. Brasília: Unesco, Ministry of Health, 2005.

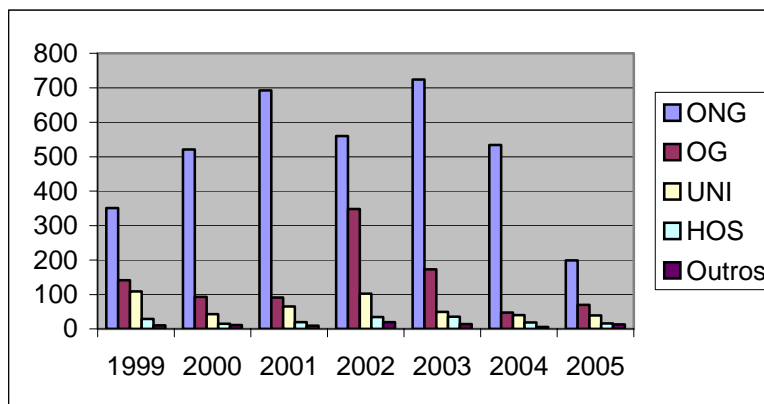
## Anexo I – Tabelas

Tabela 2

População-alvo beneficiada	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Total por população	
	Nº Proj.	N. de projetos	N. de projetos	N. de projetos	N. de projetos	N. de projetos	N.	%
Adolescentes	1	11	14	11	18	21	76	11,99%
Assentamentos						3	3	0,47%
Caminhoneiros		1		3		6	10	1,58%
Casas de apoio	4	7	5	8	15	22	61	9,62%
Crianças			2	2	2	11	17	2,68%
Deficientes auditivos			1	1	1	1	4	0,63%
Desenvolvimento Institucional	1	2	1		1		5	0,79%
Educadores					1		1	0,16%
Escolas		8	3	2	4		17	2,68%
Estudos sobre a Epidemia	1						1	0,16%
Garimpeiros			1		1		2	0,32%
Hemofílicos	1						1	0,16%
Heterossexuais		1					1	0,16%
Homossexuais	3	4	6	4	11	10	38	5,99%
Mulheres	2	11	4	6	16	23	62	9,78%
Pessoas vivendo com Aids	5	12	5	6	13	25	66	10,41%
Pessoas vivendo com Aids e familiares	2	18	8	6	13	14	61	9,62%
População carcerária	1	2			1	3	7	1,10%
População de baixa renda	1	2	2	4	4	6	19	3,00%
População de rua		2	1	1	1	2	7	1,10%
População em geral	3	6	6	2	5	15	37	5,84%
População indígena						3	3	0,47%
População Ribeirinha						1	1	0,16%
Profissionais de Saúde	1		1	1	2	3	8	1,26%
Profissionais do Sexo	7	13	12	6	14	20	72	11,36%
Seminários e encontros / eventos		1	1	2	5	1	10	1,58%
Trabalhadores	1	2	2	1	2	1	9	1,42%
Umbandistas		1		1		1	3	0,47%
Universitários		1		1		2	4	0,63%
Usuários de drogas injetáveis	1	6	1	3	4	13	28	4,42%
	35	111	76	71	134	207	634	100,00%

**Tabela 3**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
ONG	351	521	692	560	724	534	199
OG	141	93	91	348	173	47	70
UNI	109	43	65	102	49	40	39
HOS	29	15	20	34	35	19	16
Outros	10	11	9	20	14	6	13
	640	683	877	1064	995	646	337



Nome da tabela: Número de projeto por população-alvo

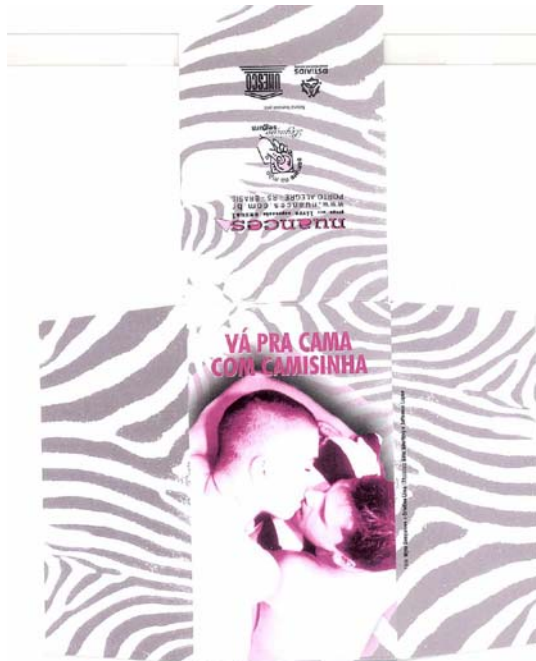
População-Alvo	ONG		OG		UNI		HOS		Outros		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Caminhoneiros	32	0,89%	3	0,31%	3	0,67%		0,00%	1	1,20%	39
Casa de Apoio	61	1,70%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	61
Crianças e Adolescentes vivendo e convivendo com HIV, em situação de abrigo	12	0,34%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	12
Crianças, adolescentes e adultos jovens, exceto os em situação de rua	215	6,00%	51	5,30%	17	3,80%	4	2,38%	3	3,61%	290
Crianças,adoles. adultos jovens,em situação de rua e/ou internos em Instituições	174	4,86%	11	1,14%	5	1,12%	1	0,60%	1	1,20%	192
Empregadores e empregados no local de trabalho	36	1,01%	2	0,21%	2	0,45%	1	0,60%	6	7,23%	47
Grupo de Adesão	17	0,47%		0,00%	1	0,22%	3	1,79%		0,00%	21
Grupos de Convivência	17	0,47%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	17
Homossexuais	467	13,04%	63	6,54%	8	1,79%		0,00%	1	1,20%	539
Mulheres	319	8,91%	24	2,49%	19	4,25%	7	4,17%	2	2,41%	371
Outras populações-alvo	123	3,43%	6	0,62%	37	8,28%	5	2,98%	3	3,61%	174
População de garimpos e de reservas extrativistas	20	0,56%	2	0,21%	3	0,67%	1	0,60%	1	1,20%	27
População em assentamentos e acampamentos rurais	102	2,85%	3	0,31%	1	0,22%	3	1,79%		0,00%	109
População em assentamentos e acampamentos urbanos	6	0,17%		0,00%		0,00%	1	0,60%		0,00%	7
População em Geral	318	8,88%	154	15,99%	54	12,08%	11	6,55%	11	13,25%	548
População em situação de pobreza e/ou moradores de rua	240	6,70%	24	2,49%	11	2,46%	6	3,57%		0,00%	281
Populações confinadas adultas	57	1,59%	19	1,97%	8	1,79%		0,00%		0,00%	84
Portadores de deficiência	2	0,06%	1	0,10%		0,00%		0,00%		0,00%	3
Portadores de DST	3	0,08%	1	0,10%	6	1,34%		0,00%	1	1,20%	11
Portadores do HIV/doentes de Aids	537	15,00%	196	20,35%	76	17,00%	59	35,12%	10	12,05%	878
Povos Indígenas	44	1,23%	8	0,83%	7	1,57%	2	1,19%	3	3,61%	64
Profissionais de Saúde	43	1,20%	27	2,80%	116	25,95%	28	16,67%	28	33,73%	242
Profissionais de Saúde e Educação	30	0,84%	5	0,52%	27	6,04%	2	1,19%	2	2,41%	66
Profissionais do Sexo	211	5,89%	81	8,41%	1	0,22%	1	0,60%		0,00%	294
Profissionais do Sexo Feminino	120	3,35%	56	5,82%	2	0,45%	5	2,98%		0,00%	183
Profissionais do Sexo Masculino	61	1,70%	5	0,52%		0,00%		0,00%		0,00%	66
Saúde Mental	5	0,14%	12	1,25%		0,00%	6	3,57%		0,00%	23
Usuários de Drogas (exceto injetáveis)	17	0,47%	5	0,52%		0,00%		0,00%		0,00%	22
Usuários de Drogas Injetáveis - UDI	244	6,81%	142	14,75%	15	3,36%	5	2,98%	6	7,23%	412
População não especificada	48	1,34%	62	6,44%	28	6,26%	17	10,12%	4	4,82%	159
<b>Total</b>	<b>3581</b>	<b>100,00%</b>	<b>963</b>	<b>100,00%</b>	<b>447</b>	<b>100,00%</b>	<b>168</b>	<b>100,00%</b>	<b>83</b>	<b>100,00%</b>	<b>5242</b>

Tabela 4

	ONG		OG		UNI		HOS		Outros		Total	
População-Alvo	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Caminhoneiros	32	82,05%	3	7,69%	3	7,69%		0,00%	1	2,56%	39	100,00%
Casa de Apoio	61	100,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	61	100,00%
Crianças e Adolescentes vivendo e convivendo com HIV, em situação de abrigo	12	100,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	12	100,00%
Crianças, adolescentes e adultos jovens, exceto os em situação de rua	215	74,14%	51	17,59%	17	5,86%	4	1,38%	3	1,03%	290	100,00%
Crianças,adoles. adultos jovens,em situação de rua e/ou internos em Instituições	174	90,63%	11	5,73%	5	2,60%	1	0,52%	1	0,52%	192	100,00%
Empregadores e empregados no local de trabalho	36	76,60%	2	4,26%	2	4,26%	1	2,13%	6	12,77%	47	100,00%
Grupo de Adesão	17	80,95%		0,00%	1	4,76%	3	14,29%		0,00%	21	100,00%
Grupos de Convivência	17	100,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	17	100,00%
Homossexuais	467	86,64%	63	11,69%	8	1,48%		0,00%	1	0,19%	539	100,00%
Mulheres	319	85,98%	24	6,47%	19	5,12%	7	1,89%	2	0,54%	371	100,00%
Outras populações-alvo	123	70,69%	6	3,45%	37	21,26%	5	2,87%	3	1,72%	174	100,00%
População de garimpos e de reservas extrativistas	20	74,07%	2	7,41%	3	11,11%	1	3,70%	1	3,70%	27	100,00%
População em assentamentos e acampamentos rurais	102	93,58%	3	2,75%	1	0,92%	3	2,75%		0,00%	109	100,00%
População em assentamentos e acampamentos urbanos	6	85,71%		0,00%		0,00%	1	14,29%		0,00%	7	100,00%
População em Geral	318	58,03%	154	28,10%	54	9,85%	11	2,01%	11	2,01%	548	100,00%
População em situação de pobreza e/ou moradores de rua	240	85,41%	24	8,54%	11	3,91%	6	2,14%		0,00%	281	100,00%
Populações confinadas adultas	57	67,86%	19	22,62%	8	9,52%		0,00%		0,00%	84	100,00%
Portadores de deficiência	2	66,67%	1	33,33%		0,00%		0,00%		0,00%	3	100,00%
Portadores de DST	3	27,27%	1	9,09%	6	54,55%		0,00%	1	9,09%	11	100,00%
Portadores do HIV/doentes de Aids	537	61,16%	196	22,32%	76	8,66%	59	6,72%	10	1,14%	878	100,00%
Povos Indígenas	44	68,75%	8	12,50%	7	10,94%	2	3,13%	3	4,69%	64	100,00%
Profissionais de Saúde	43	17,77%	27	11,16%	116	47,93%	28	11,57%	28	11,57%	242	100,00%
Profissionais de Saúde e Educação	30	45,45%	5	7,58%	27	40,91%	2	3,03%	2	3,03%	66	100,00%
Profissionais do Sexo	211	71,77%	81	27,55%	1	0,34%	1	0,34%		0,00%	294	100,00%
Profissionais do Sexo Feminino	120	65,57%	56	30,60%	2	1,09%	5	2,73%		0,00%	183	100,00%
Profissionais do Sexo Masculino	61	92,42%	5	7,58%		0,00%		0,00%		0,00%	66	100,00%
Saúde Mental	5	21,74%	12	52,17%		0,00%	6	26,09%		0,00%	23	100,00%
Usuários de Drogas (exceto injetáveis)	17	77,27%	5	22,73%		0,00%		0,00%		0,00%	22	100,00%
Usuários de Drogas Injetáveis - UDI	244	59,22%	142	34,47%	15	3,64%	5	1,21%	6	1,46%	412	100,00%
População não especificada	48	30,19%	62	38,99%	28	17,61%	17	10,69%	4	2,52%	159	100,00%
Total	3581		963		447		168		83		5242	

**Tabela 5**

## Anexo II Materiais de IEC (Informação, Educação e Comunicação) produzidos por ONGs e financiados com recursos do PN



Use preservativo lubrificando em todas as transas, independente do número de parceiros. Siga as recomendações deste material.

Confira a validade e as condições do preservativo. Quando o pau estiver duro, aperte a ponta da camisinha para tirar o ar e deslize em toda a extensão do pau. Use apenas um preservativo, um para cada penetração. Nunca penetre mais de um parceiro usando o mesmo preservativo. Depois de gozar, tire a camisinha do pau ainda duro, segurando na base.

Se precisar, utilize mais lubrificação. Use apenas lubrificantes à base de água (produtos não óleos que ficam firmemente com água, sem precisar usar saliva).

Não fume, chupe pau ou beba, evite o contato com o machado, os jogos do sexo e o vício. Segurança total só com preservativo. Nunca goze na boca nem deixe gozar na sua. No cuneto sem proteção podem acontecer contaminações com DSTs...

Olha! Seja criativo e saiba que no sexo seguro o gozete vale tudo. Beijinhos molhados, masturbações, lambidas, usar acessórios eróticos, massagens, pegajão forte e muito mais. Libere suas fantasias sem medo nem vergonha!

Este porta camisinha que você está recebendo faz parte do Projeto Peçoço Seguro desenvolvido pelo Nuances. Prema-se do HIV/AIDS e outros DST's, use camisinha.

Informações:  
nuances - 3281.3325  
CTA municipal  
3283.3050/3336.1883  
CTA estadual 3225.5207  
0800.0430197

Porta-preservativos com informações sobre prevenção às DST/Aids. Os materiais de IEC tem como função facilitar o acesso das ONGs aos públicos trabalhados. São pensados e produzidos com uma linguagem própria, que permita a melhor apreensão de seus conteúdos.





Mensagens de auto-organização e cidadania para populações estigmatizadas.

**Perto de você existem serviços públicos que podem ajudá-la no dia-a-dia. Guarde bem esses endereços para usá-los quando necessário. É seu direito.**

**SAÚDE**

**Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA**  
Praça Vital Brasil, s/nº - Santa Rosa/Niterói  
Tel: (21) 2711-2366 ou 2710-9176/ 2610-8975

**Policlínica de Especialidade da Mulher Malu Sampaio**  
Rua Visconde de Uruguai, 531/8º andar - Centro/Niterói  
Tel: (21) 2621-2302 ou (21) 2621-1109

**Policlínica Especializada - CPN**  
Rua Desembargador Althaides Parreiras, 266 - B. de Fátima  
Tel: (21) 2729-9300

**Hospital Universitário Antônio Pedro**  
Rua Marquês do Paraná, s/nº - Centro/Niterói  
Tel: (21) 2620-2828 ou 2620-0209

**Unidade Básica do Centro - UBC**  
Rua Visconde de Uruguai, 531/3º andar - Centro/Niterói  
Tel: (21) 2612-8183 ou (21) 2620-8226

**Unidade Básica do Barreto - João Vizela**  
Rua Dr. Luiz Palmier, 726 - Barreto/Niterói  
Tel: (21) 2719-0141 ou 2719-6881

**DISQUE SAÚDE - Ministério da Saúde**  
Tel: 0800 61 1997 (ligação grátis)

**DEFESA DE DIREITOS**

**Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher - DEAM**  
Av. Amarel Peixoto, 577 - Centro/Niterói  
Tel: (21) 3399-3700 - (21) 3399-3701 - (21) 3399-3703

**Conselho Tutelar**  
Rua Coronel Gomes Machado, 257 - Centro/Niterói

**Disque Defesa da Mulher**  
Tel: (21) 2253-1177 (24 horas)

**Disque Defesa Homossexual**  
Tel: (21) 3399-1111 ou (21) 3399-1304

**Disque Racismo**  
Tel: (21) 3399-1300

**ASSISTÊNCIA**

**Secretaria Municipal de Integração, Cidadania e Promoção Social**  
Rua Coronel Gomes Machado, 281 - Centro/Niterói

*Todos os Postos de Saúde em Niterói oferecem exames de pré-natal, planejamento familiar, atendimento ginecológico e pediátrico.*

**apoio**

**DST/AIDS**

**Secretaria do Estado de Saúde/RJ**

**UNESCO**

**Fundação Municipal de Saúde de Niterói**

**Boca Noite** é um projeto

**IBISS**

Avenida Marechal Câmara 350, sala 807 - Castelo > CEP 20020-060  
Rio de Janeiro - RJ / Brasil > tel (21) 2240 3215 > fax (21) 2240 2082  
ibiss@ibiss.com.br > site www.ibiss.com.br

Incentivo e informação sobre serviços públicos, enquanto direito de qualquer cidadão e para o acesso a serviços de saúde, como exames, testagem e aconselhamento.



**Assuma o controle**

**PROJETO REDUÇÃO DE DANOS**

**O que é redução de danos?**

É a ação que objetiva reduzir os prejuízos causados pelas drogas do ponto de vista da saúde pública, sem necessariamente reduzir esse consumo.

O projeto tem redutores de danos capacitados para atender usuários de drogas. Nosso compromisso é com a promoção da saúde das pessoas e toda informação fornecida é sigilosa. Procure-nos!!!

**Redutores de Danos Agentes de Saúde**

Redução de Danos não é somente troca de seringas. Pode-se reduzir os danos de vários tipos de drogas. Você tem direito de ser atendido nos serviços públicos de saúde. Faça o teste de HIV e cuide-se!

**Outras substâncias**

**Se você usa droga injetável não compartilhe seringas.**

**Use seu próprio equipamento.**

**Telefones úteis**

**ALIA** 3356-3267  
**COAS** Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico. 3323-7010  
**NAPS** Núcleo de Atendimento Psicossocial à Criança e Adolescente 3329-5731  
**CAPS** Centro de Atendimento Psicossocial 3324-8288

Pegue grátis o seu Kit com seringas e camisinhas, ninguém vai te denunciar. Fique tranquilo, é um direito seu.

**Logos:** UNDCP, Londrina, Saúde, CN-DST/AIDS

**alia** Associação Londrinense Interdisciplinar de AIDS  
 (43) 3356-3267  
 Disque Saúde/Pergunte AIDS 0800 61 1997  
 www.aids.gov.br

**DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS**  
**ASSOCIAÇÃO DE USUÁRIOS DE PERNAMBUCO**

**SE LIGA**

**DROGAS: A VIAGEM É SE CUIDAR**  
 SE FOR USAR, NÃO ABUSE

**NÃO ESQUEÇA DA CAMISINHA**

Às vezes pinta uma coisinha, uma carreira, uma pedra, uma dose ou, até mesmo, a combinação destas e de outras drogas antes do sexo.

**SE LIGA:** nenhuma Droga pode lhe fazer esquecer de usar a camisinha.

Se você tiver problemas com drogas podemos ajudá-lo, participe de nossas reuniões semanais

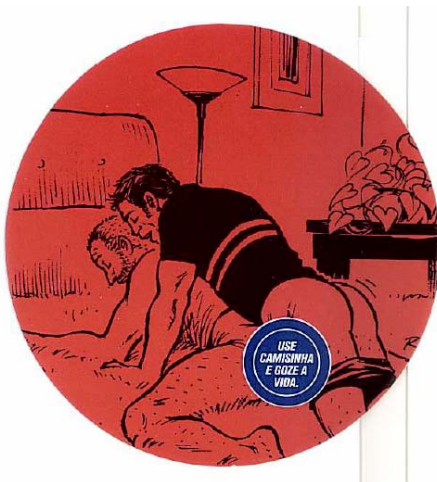
**UNDCP** Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas

**Ministério da Saúde** **BRASIL** UM PAÍS DE TODOS

**Programa Nacional de DST e Aids**

Entre em contato conosco: | (81) 9135.6556  
 associacaousuariospe@seliga.org.br  
 www.seliga.org.br ou www.seliga.v10.com.br  
 End: Rua Cônego Barata, n.º 671, 1º andar, sl 12, Tamarineira  
 Recife/PE - CEP 52.110-120

Linguagem explícita e própria do universo dos usuários de drogas.



“Bolachas” de chopp distribuídas em bares e boites. Conteúdo sexual explícito com reforçar o uso do preservativo de forma descontraída e lúdica.

## Anexo II – Atividades e Serviços

### ONGs: Principais atividades relatadas

Prevenção	Difusão de informações - palestras, seminários em postos de saúde, escolas, polícias, boites, rua e distribuição de insumos (camisinhas, kit de redução de danos) Desenvolvimento comunitário - fortalecimento de lideranças para a multiplicação de ações preventivas Capacitações - treinamentos de profissionais (saúde e educação, desenvolvimento social, segurança pública) e voluntários Projetos de adesão a tratamento para portadores do HIV
Assistência	Atividades de convivência/auto-ajuda (atendimento, aconselhamento, prevenção, orientação) em diversos públicos Reinserção social - desenvolvimento de oficinas ou convênios para promoverem a reinserção de portadores de HIV em situação de pobreza Distribuição de insumos (cestas básicas, lanches, roupas) para atender portadores do HIV e familiares em situação de pobreza Atendimento jurídico para atuar em defesa dos direitos humanos e cidadania de pessoas vivendo com HIV/Aids Visitas domiciliares para portadores de HIV que necessitem de cuidados durante adoecimento Casas de apoio para abrigar população carente portadora do HIV
Articulação Política	Formação de lideranças nos conselhos de saúde formação de parcerias com universidades para monitoramento de políticas públicas formulação de políticas públicas (conselhos, fóruns, etc) Promoção de seminários, participação de congressos, organização de eventos (por exemplo, Parada do Orgulho Gay) que permitam visibilidade Advocacy junto a fóruns, conselhos para formulação de políticas intersetoriais Ações de desenvolvimento institucional e fortalecimento da resposta comunitária

Fonte: UNESCO, 2005:135-136

**ONGs - Principais atividades relatadas**

Distribuição de insumos de prevenção e Informação, Educação, Comunicação (IEC)	troca de seringas distribuição de preservativos distribuição de IEC trabalho de prevenção campanhas palestras programas de rádio campanha de prevenção em escolas e empresas monitoramento da imprensa brasileira Disque aids Disque homossexual
Contatos com a população	Atendimento à população (geral ou segmentos específicos), na sede ou na rua (cinemas, saunas, áreas de prostituição, etc) mapeamento de áreas de atuação (prostituição masculina e/ou feminina, jovens em situação de rua, etc) reuniões periódicas (semanais, quinzenas e/ou mensais) grupos de ajuda mútua estímulo à adesão ao tratamento oficina de sexo seguro atividades recreativas peças teatrais
Associativismo e pressão política	Articulação política visando atendimento nos serviços de saúde; parcerias com entidades públicas e privadas Acompanhamento de políticas públicas Participação nos conselhos (criança e adolescente, assistência social e saúde) luta contra violência, preconceitos e discriminações ativismo reinserção social alternativas de geração de renda orientação para denúncias implantação de núcleos comunitários assessoria a comunidades mobilização popular
Produção e conhecimento	levantamento de dados cadastros pesquisa publicações grupos de estudo sobre aids biblioteca, videoteca e centro de documentação curso à distância rede virtual - internet banco de dados na internet
Assessoria especializada	assessoria jurídica assessoria técnica atendimento psicológico consultas ginecológicas serviço odontológico
Apoio e cuidados	ação voluntária acompanhamentos domiciliares e hospitalares apoio aos familiares de pessoas vivendo com HIV/Aids assistência pastoral apoio espiritual doação de equipamentos para deficientes cursos de alfabetização cesta básica hospedagem retirada de documentos encaminhamento para cursos profissionalizantes doação de roupas e medicamentos encaminhamento para unidades do SUS orientação e acompanhamento para testagem anti-HIV massagens terapêuticas

Fonte: Ministério da Saúde, 2001

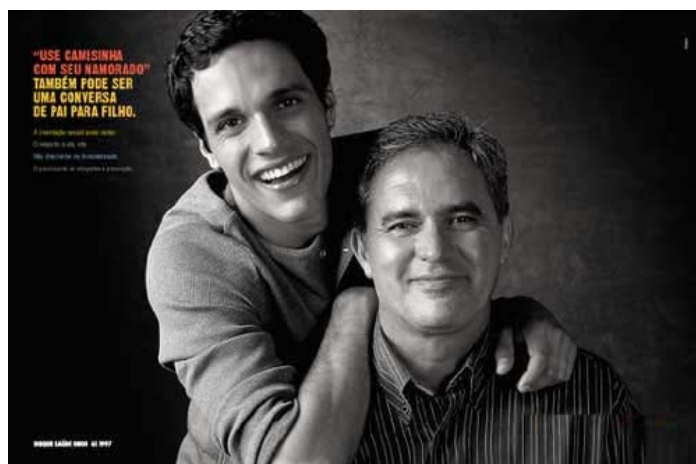
## Anexo III

**Campanhas Nacionais do PN para Populações Vulneráveis:** aqui destacamos algumas das peças publicitárias produzidas pelo PN e seus conteúdos, pautados pela defesa de questões polêmicas e que contaram com a participação de ONGs representantes das respectivas populações. (Todas as imagens e informações disponíveis em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br) – Seção DST e Aids na Mídia. Acesso em 15/11/2005)

### Homens que fazem sexo com Homens – HSH (2002)



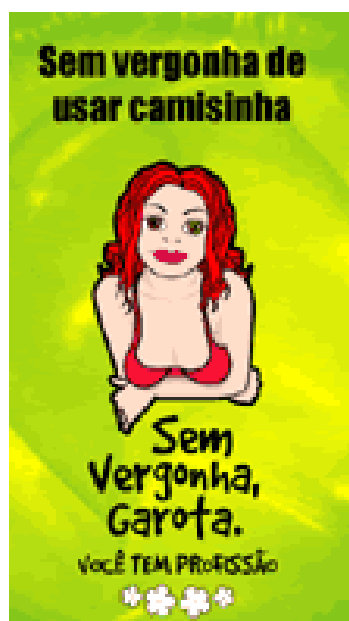
A Campanha visa estimular o uso freqüente da camisinha e reduzir o preconceito da sociedade, em particular entre profissionais de saúde, da educação e familiares, em relação às diferenças sexuais. As peças abaixo enfatizam a necessidade de aceitação familiar da homossexualidade e de tratamento equitativo por parte dos profissionais de saúde no serviço de saúde



Slogan: “Use camisinha com seu namorado” Também pode ser uma conversa de pai para filho



## Profissionais do Sexo (2002)



A Campanha para as mulheres profissionais do sexo coloca ênfase no desenvolvimento da auto-estima e da cidadania, como forma de mobilizá-las para a promoção à saúde.

Os focos se concentram na consciência de seus direitos, na capacidade de negociação com clientes pelo uso da camisinha, no esclarecimento do uso correto do preservativo e na promoção do preservativo feminino.

## Travestis (2001)



**A TRAVESTI e o  
PROFISSIONAL  
DE SAÚDE**

**AJUDANDO A CURAR O PRECONCEITO**

[illegible]

A Campanha para Travestis foi lançada no Congresso Nacional e busca reforçar atitudes de respeito e de inclusão social de um dos segmentos mais vulneráveis ao HIV, justamente em face do preconceito, exclusão social e violência. Foram produzidos materiais dirigidos especialmente aos profissionais de saúde e da educação, além de materiais à comunidade e aos clientes das travestis profissionais do sexo. O slogan da campanha – *“Travesti e respeito: já está na hora dos dois serem vistos juntos. Em casa. Na boate. Na escola. No trabalho. Na vida”* – é reproduzido em cartazes e folders com fotos das 27 travestis que participaram da elaboração da campanha.



### Introdução

Poronde passamos, a travessia chama a atenção e quase sempre são olhos de outros curiosos, padrinhos e outras pessoas bonitas. Quando isso acontece na escola, precisa imediatamente de uma que atente para a abordagem adequada. O resultado disso vai ser uma viagem agradável, sem custos nem perda de tempo e sem possibilidade de acidente social.

Mantenha-se sempre a distância necessária da escola para não irritar. O preconceito e a discriminação não podem complicar ainda mais o papel do educador.

### Banheiro

A travesti utiliza o banheiro da mesma forma que uma mulher, nunca a maquiagem e a falta de roupa como uma mulher. Por isso, muitas vezes se encontra em um banheiro feminino - não existe banheiro público, nos aeroportos, em um ou qualquer banheiro público.

Em algumas escolas há o banheiro masculino, na prática, é muito mais complicado do que parece.

Pense nisso e não se desdita e sustente em sua escola.

### A hora da chamada

Assim como pode ser educador, também pode ser professor. Também não precisa ser travesti. É importante não estar ali, mas não ter hora de demais alunos a inventar que ali não tem hora de demais alunos. É importante para a travesti saber que a escola não é seu professor ou diretor da escola.

A travesti também não tem um nome que ali precisa usar em vez do nome de família. Não é de hora que ali não tem nome que ali não tem, mesmo na hora da chamada.

### Associação de Pais e Mestres

De pais e de mães também pode ser importante. É importante que a presença de uma travesti na escola, não seja, e é importante lembrar que:

- Não é educação e não é direito de todos os cidadãos.
- Não é da escola, sempre precisa ter uma comissão orientadora de pais, pais e professores, como orientação de pais e mães, escola de drogas, violência e sexualidade.

A presença da travesti é mais uma das questões que pode ser discutida sempre com preconceito com o entendimento de que a pessoa não deve ser privada da oportunidade de estar na escola para ser travesti. A pessoa não precisa de uma orientação sexual, assim como a não precisa de uma orientação sexual, a orientação sexual é uma questão de respeito à diversidade cultural e racial.

### Educação Física

É possível que a travesti não se sinta confortável em fazer educação física junto com os homens. Mas também é possível que o grupo de meninas tenha resistência em aceitar isso. O papel do educador não é ensinar e ensinar, é ensinar e o diálogo, ajudando a superar o preconceito de fato.

### Preconceito

Preconceito não é ter medo e os outros são simples, um preconceito para a travesti.

A vida não é mais complicada do que o preconceito. Descomplicar.

Não deixe o preconceito mudar você.

DISQUE SAÚDE: 0800 61 1997

[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)

Ministério da Saúde



## Você tem o direito...

...de estudar, de pegar um cineminha, de ter uma conta no banco, de trabalhar e de frequentar o serviço de saúde.

Você também tem o direito a ter informação, e esta cartilha foi feita justamente para isso: manter você informada.

Mas aqui é só o começo. Se ainda tiver dúvidas ou quiser manter contato e conhecer outras pessoas que passam pelos mesmos problemas que você, não deixe de procurar uma ONG (Organização Não-Governamental) que trabalhe com travestis e transexuais. Pois essa é a primeira coisa que você precisa saber: você não está sozinha.



Os cartazes enfatizam as noções de cidadania, pelo acesso à informação e por meio do direito a ações simples, como ir ao cinema, estudar e ter conta em banco. Ainda informa e referencia a existência de ONGs como alternativa para a discriminação.





## Usuários de Drogas (1998)

Para prevenir o compartilhamento de agulhas e seringas e, conseqüentemente, reduzir a infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis, o PNlançou, em 1998, a campanha: *Se fosse seringa, você usava?*

As imagens utilizadas na mensagem de prevenção causaram grande impacto, criando uma certa polêmica e estimulando o envolvimento de usuários de drogas injetáveis (soropositivos ou não) no debate sobre uma abordagem de saúde mais digna para essa parcela da população, que possibilite um resgate de sua cidadania e uma inclusão mais justa no contexto social.

**REDUÇÃO DE DANOS**  
SAÚDE E CIDADANIA

Redução de Danos é uma estratégia de saúde pública que busca controlar possíveis consequências adversas ao consumo de psicoativos - lícitos ou ilícitos - sem, necessariamente, interromper esse uso, e buscando inclusão social e cidadania para usuários de drogas.

### Por que fazer Redução de Danos?

Grande parte de usuários de drogas que faz uso problemático não consegue ou não quer parar de usá-las. Essas pessoas encontram nos Programas de Redução de Danos quem as aceite e oriente, de modo a evitar consequências mais graves do uso.

Do total de casos notificados - CN - DST/Aids - MS!:

- 25% estão associados direta ou indiretamente ao uso de drogas injetáveis;
- 38,2% das mulheres portadoras de aids contraíram o vírus pelo uso de drogas injetáveis ou através de parceria sexual com usuários de drogas injetáveis;
- 36% dos casos de aids pediátrica apontam a mãe ou sua parceria sexual com uso de drogas injetáveis.

Além disso, 85% dos usuários de drogas injetáveis informam compartilhar equipamento de uso e 52% deles estão infectados pelo HIV, 60% por hepatite "C".

Redução de Danos Funciona?

- 23% dos usuários atendidos pelos PRD procuraram tratamento para dependência química<sup>2</sup>.
- Nos países onde foi implantada precocemente, como na Austrália, a taxa de infecção pelo HIV entre UDI se mantém abaixo de 5%.
- Em todos os locais onde os PRD funcionam, melhora o acesso dos UDI aos cuidados de saúde e à qualidade de vida.

A Constituição Brasileira diz "todos são iguais perante a lei" e não "todos são iguais, exceto homossexuais, trabalhadores do sexo, pobres e usuários de drogas".

Fontes dos dados epidemiológicos: 1- CN DST/Aids-Sev2000 • 2- Projeto Ajude Brasil, UFMG, 1998.

**DISCRIMINAÇÃO É CRIME.**

O material reforça enfaticamente a busca de cidadania e inclusão social para usuários de drogas, enfatizando que "A Constituição Brasileira diz 'todos são iguais perante a lei' e não 'todos são iguais, exceto homossexuais, trabalhadores do sexo, pobres e usuários de drogas'. Reconhecendo também as dificuldades ou a opção em não se interromper o uso de drogas e a necessidade em oferecer alternativas de saúde pública e prevenção não só para os usuários, mas para seus parceiros e filhos.

## Anexo IV

Gestores atuais do PN entrevistados	Cargo e período
Pedro Chequer	Diretor (1996-2001) Diretor (2004/agosto até data atual)
Raldo Bonifácio *	Diretor adjunto (2002-2005)
Ricardo Pio Marins	Diretor adjunto (2004-2005)
Lilia Rossi *	Técnica - Unidade de Articulação com ONG (1994-2000) e Unidade de Prevenção (2001-2004)
Moisés Taglieta *	Técnico - Unidade de Planejamento (2001-2004)
Karen Bruck	Chefia adjunta - SCDH (2001-2005)
Carlos Passarelli	Técnico da Unidade de Prevenção entre 2000 e 2002 e atualmente Coordenador do Centro Internacional de Cooperação Técnica (iniciativa conjunta do PN e UNAIDS)
Maria Alice Tironi	Técnica - Unidade de Planejamento (2000-2005)
Adalberto Antunes	Chefia adjunta - Unidade de Administração e Finanças (2005)
Helena Lima	Técnica - Unidade de Prevenção e Unidade de Assistência e Tratamento (2004-2005)
Sandro Terabe	Técnico - Unidade de Administração e Finanças (2004) e SCDH (2005)
Marcelo Tura	Técnico responsável pela Rede Nacional de Direitos Humanos (2005)

\* Á época da entrevista

Ex-gestores do PN entrevistados	Cargo e período
Paulo Roberto Teixeira	Diretor (2001-2003)
Alexandre Granjeiro	Técnico - Unidade de Planejamento (1997-2001) Diretor Adjunto (2001-2003)                      Diretor (2003-2004)
Vera Menezes	Técnica - Unidade de Articulação com ONG (1993-1997) Chefe de Unidade - Articulação com ONG (1997-1999) Técnica - Unidade de Administração e Finanças (2000- 2004)
Fábio Mesquita	Chefe de Unidade - SCDH (2000-2001)
Cristina Câmara	Chefe de Unidade - SCDH (2001-2003)
Julio Pacca	Chefe de Unidade - SCDH (2003-2004)
Suely Andrade	Técnica - Unidade de Prevenção (1995-2002) e SCDH (2003-2004)