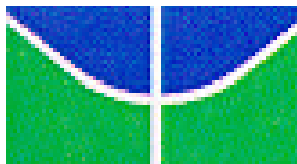


UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE E
CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO (FACE)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO SOCIAL E TRABALHO

**A RELAÇÃO ESTADO E SOCIEDADE CIVIL NO PROCESSO DE
FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS
ANÁLISE DO PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS (1980 – 2006)**

ANA LÚCIA DE OLIVEIRA MONTEIRO

Brasília,
Junho de 2006



UNIVERSIDADE DE BRÁSILIA
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE E
CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO (FACE)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO SOCIAL E TRABALHO

**A RELAÇÃO ESTADO E SOCIEDADE CIVIL NO PROCESSO DE
FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS
ANÁLISE DO PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS (1980 – 2006)**

ANA LÚCIA DE OLIVEIRA MONTEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Social e Trabalho, da Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação (FACE), da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Gestão Social e Trabalho.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Denise Bomtempo Birche de Carvalho

**Brasília,
Junho de 2006**

Universidade de Brasília
Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação (FACE)
Programa de Pós-Graduação em Gestão Social e Trabalho

**A RELAÇÃO ESTADO E SOCIEDADE CIVIL NO PROCESSO DE
FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS
ANÁLISE DO PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS (1980 – 2006)**

BANCA EXAMINADORA:

**PROFª DRA. DENISE BOMTEMPO BIRCHE DE CARVALHO
ORIENTADORA – DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – UNB**

**PROFª DRA. ROSEMARY BARBER-MADDEN
EXAMINADORA INTERNA – LABORATÓRIO DE ESTUDOS DO FUTURO – UNB**

**PROFª DRA. WILZA VIEIRA VILLELA
EXAMINADORA EXTERNA – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO**

Brasília, 06 de junho de 2006

À Aline e Elisa,
Minha luz e meu tesouro;
À Isabel,
Tão pequenina e tão presente durante a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, pela vida e pelo sopro divino que me fortalece e me leva a melhorar a cada dia;

À minha mãe Nélia e ao meu irmão Mauro José, pelo carinho e apoio incondicional;

Ao meu pai Mauro e ao meu irmão João Eduardo, por serem inesquecíveis;

A Otávio Luís, pelos caminhos já trilhados e pela força que me impulsiona nos momentos difíceis;

À minha orientadora, Dra. Denise Bomtempo Birche de Carvalho, pelo incentivo constante, orientação competente e compreensão das minhas inseguranças e anseios;

Aos colegas e professores do Mestrado, pelo convívio e conhecimento adquirido partilhado durante o percurso;

Ao UNFPA, cujo apoio me permitiu cursar o Mestrado, em especial à Dra. Tânia Cooper Patriota, pela confiança depositada e apoio diário;

Aos colegas do UNFPA, pela amizade e companheirismo de todos os dias; em especial a Luciano Martins de Carvalho, por seu conhecimento, gentileza e auxílio com os problemas na área de informática;

À Cristiano Ottoni, pela vocação para ensinar os mistérios da tecnologia e cujo auxílio foi imprescindível na utilização do Atlas t.i.;

À Naiara Garcia da Costa Chaves, pela generosidade de dividir a sua experiência e pelos incontáveis conselhos que muito facilitaram a realização deste trabalho;

À Dra. Rosemary Barber-Madden, por me mostrar um novo e longo caminho e por acreditar que eu sou capaz de segui-lo;

À Flavia Maia Nobre de Figueiredo, pela paciência e competência nas revisões;

Aos entrevistados, que me dedicaram um tempo precioso de suas agendas e me ajudaram a entender a trajetória da aids no Brasil;

Às pessoas que trabalham no Programa Nacional de DST e Aids, em especial na Assessoria de Comunicação e no Gabinete, por me auxiliar em tudo que foi necessário;

A todos da ABIA e do UNAIDS, pelas informações técnicas obtidas e por facilitar o acesso à documentação;

A todas as pessoas que trabalharam ou continuam trabalhando para controlar a aids no Brasil, que provam a cada dia que é possível mudar uma conjuntura e acreditam que podem tornar a vida das pessoas afetadas um pouco mais feliz.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi analisar os processos de formulação e implementação do Programa Nacional de DST e Aids, no contexto brasileiro, compreendidos no período entre 1980 e 2006. A pesquisa tentou captar as correlações de força e articulação entre os atores do Estado e da sociedade civil envolvidos nas negociações que resultaram na formulação e implementação da política brasileira para controle e prevenção da aids.

A análise procurou reconstituir os fundamentos e critérios políticos presentes nos processos decisórios do referido Programa Nacional, sua formulação e institucionalização, a partir das demandas de grupos organizados da sociedade civil sobre o Estado.

O estudo teórico realizado se baseou nas discussões sobre os conceitos de Estado e Sociedade Civil, buscando a fundamentação para as interações observadas durante a pesquisa. Neste estudo, destaca-se a teoria do Estado ampliado de Gramsci, que procura esclarecer a complexidade das relações observadas entre o Estado e a Sociedade Civil em contextos específicos. Complementando a construção do conhecimento, a parte teórica também incluiu conceitos de políticas públicas, sua formulação e análise, além de perpassar o histórico da saúde pública no Brasil, visando aprofundar o marco de referência em questão.

Para responder a questão de fundo da pesquisa e os objetivos propostos, a metodologia baseou-se no modelo conceitual de Kingdon (1995) sobre a inserção de um tema na agenda pública e a especificação de alternativas, usando o modelo de estrutura narrativa de Abbott (2001) como apoio para entendimento do modelo.

Na análise empírica das etapas de formulação e implementação do Programa Nacional de DST e Aids foram utilizados dados primários e secundários. Os dados primários foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas com atores-chaves do Estado e da sociedade civil organizada, e os dados secundários por meio de documentos oficiais e literatura acadêmica e especializada na área.

Considerando o objeto do estudo, foi feita a opção pela avaliação qualitativa como o método mais apropriado para a investigação do tema. Para a interpretação dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo por possibilitar a construção das respostas da pesquisa proposta.

Os resultados demonstram a complexidade do processo e como acontecem as inter-relações entre os atores na formulação e implementação de políticas públicas. Também descrevem a interação entre os atores do Estado e da sociedade civil organizada quando esta última apresenta uma demanda ainda não identificada como prioritária pelo Estado.

Palavras-chave: Estado, Sociedade Civil, Políticas Públicas, AIDS, HIV, HIV/AIDS

ABSTRACT

This work analyses the Brazilian National STD and AIDS Program (NAP) creation and implementation processes between 1980 and 2006, capturing power correlations and articulation amongst state and civil society political actors. This study focuses on Gramsci's Theory of State. It also discusses concepts of public policies, formulation and analysis, besides reviewing the history of public health in Brazil. The research methodology was based on Kingdon's conceptual model (1995) about the insertion of social issues in the political agenda and the identification of alternatives, and on Abbott's narrative structure (2001) as a support for understanding that model. Primary data were collected through semi-structured interviews with key state and civil society actors; secondary data were collected through the analysis of official documents and scientific literature in the area. Content analysis was chosen for data interpretation. Results point at the complexity of the processes and present evidence on how interrelations amongst political actors happen during formulation and implementation of public policies in Brazil.

Key-words: State, Civil Society, Public Policy, AIDS, HIV, HIV/AIDS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Kingdon	18
Figura 2. Modelo de Abbott	23
Figura 3. Estrutura narrativa do Programa Nacional de DST e Aids	73
Figura 4. Fatores integrantes do contexto político e social no início da doença no Brasil	82
Figura 5. Modelo conceitual de Kingdon para análise da etapa de formulação de uma política pública – Programa Nacional de DST e Aids	92
Figura 6. A articulação dos fatores que integram os instrumentos da política de aids no Brasil	95
Figura 7. A interação entre os atores e os interesses envolvidos na formulação da política brasileira de aids	102
Figura 8. O financiamento do Banco Mundial	113
Figura 9. O entrelace dos fatores na relação Estado e Sociedade Civil para a formulação da política brasileira de aids.....	120

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
AIDS, Aids, aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIDS I	Primeiro acordo de empréstimo do BIRD ao PN DST e AIDS
AIDS II	Segundo acordo de empréstimo do BIRD ao PN DST e AIDS
AIDS III	Terceiro acordo de empréstimo do BIRD ao PN DST e AIDS
AIS	Ações Integradas de Saúde
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento
BNH	Banco Nacional de Habitação
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ENONG	Encontro Nacional de Organizações Não-Governamentais
GAPA	Grupo de Apoio e Prevenção da Aids
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ILO/OIT	Organização Internacional do Trabalho
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ONG	Organização não-governamental
OPAS/OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PIS	Programa de Integração Social
PSF	Programa Saúde da Família
PN DST/AIDS	Programa Nacional de DST/AIDS
SUCAM	Superintendência das Campanhas de Saúde Pública do Ministério da Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNDP	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNHCR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNODC	Programa das Nações Unidas contra Drogas e Crimes
USAID	United States Agency for International Development
WFP	World Food Programme
WHO/OMS	Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1. CONSTRUÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DO OBJETO DE PESQUISA.....	17
1.1. OPÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	17
1.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	20
1.2.1. BASE PRIMÁRIA DE DADOS	21
1.2.2. BASE SECUNDÁRIA DE DADOS	22
1.3. UNIDADE DE ANÁLISE	26
1.4. LIMITES E DESAFIOS PARA A COLETA DE DADOS.....	27
1.5. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	27
1.5.1. A ANÁLISE DE CONTEÚDO	28
1.5.2. TRATAMENTO DOS DADOS – USO DO ATLAS.TI	30
1.6. LIMITAÇÕES DO MÉTODO	31
CAPÍTULO 2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL.....	33
2.1. ESTADO E SOCIEDADE CIVIL NA PERSPECTIVA RELACIONAL.....	33
2.2. POLÍTICAS PÚBLICAS NA RELAÇÃO ESTADO E SOCIEDADE CIVIL.....	50
2.2.1. CONCEITOS BÁSICOS DA ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL.....	56
2.3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO HISTÓRICO BRASILEIRO.....	58
2.3.1. PERÍODO DE 1930 A 1945.....	61
2.3.2. PERÍODO DE 1945 A 1963.....	63
2.3.3. PERÍODO DE 1964 A 1988	65
2.3.4. PERÍODO DE 1988 AOS DIAS ATUAIS.....	68
CAPÍTULO 3. A FORMAÇÃO DA AGENDA PÚBLICA E A FORMULAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS	72
3.1. DÉCADA DE 1980 – A AIDS COMO DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	74
3.1.1. CONTEXTO HISTÓRICO E POLÍTICO	74

3.2. DÉCADA DE 1990 – ANOS DE CRISE E ADAPTAÇÃO À NOVA CONJUNTURA.....	83
3.2.1. OS ACORDOS DE EMPRÉSTIMO COM O BANCO MUNDIAL	86
3.3. OS ANOS 2000 E O DIREITO AO ACESSO UNIVERSAL AOS MEDICAMENTOS	90
3.4. A INSERÇÃO DO TEMA DA AIDS NA AGENDA PÚBLICA	91
CAPÍTULO 4. ANÁLISE DO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS.....	96
4.1. ATORES, IDÉIAS E INTERESSES ENVOLVIDOS	96
4.2. O ATIVISMO E SUA RELAÇÃO COM AS INSTITUIÇÕES GOVERNAMENTAIS E NÃO GOVERNAMENTAIS	102
4.3. OS INSTRUMENTOS DA POLÍTICA – A QUESTÃO DO FINANCIAMENTO DO BANCO MUNDIAL.....	109
4.3.1. O APELO FINANCEIRO E A EXECUÇÃO DOS RECURSOS - COOPTAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL PELO ESTADO E “A DITADURA DOS PROJETOS”.....	117
4.4. REFLETINDO SOBRE A INTERAÇÃO DO ESTADO COM A SOCIEDADE CIVIL – O FORTALECIMENTO DO PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS E A RIQUEZA DA RESPOSTA BRASILEIRA À EPIDEMIA	119
CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
7. ANEXOS	135

INTRODUÇÃO

Desde o seu surgimento, a aids¹ tem sido objeto de pesquisa em quase todas as áreas. Não somente a de saúde, mas também os campos que estudam os relacionamentos sociais e suas conseqüências se viram defrontados com uma nova doença que viria a modificar as relações sociais e econômicas em quase todas as partes do mundo.

Entender os processos para enfrentamento da doença, as articulações políticas, os impactos socioeconômicos e a interferência que a aids pode causar na vida íntima das pessoas tornou-se um desafio a ser transposto para conter o seu avanço.

Se o âmbito de investigação é vasto, nem por isso deixa de ser instigante cada uma de suas faces. A complexidade da aids se revelou à medida que ela foi se alastrando por todos os locais e em todas as camadas sociais. E entendê-la passou a ser o objetivo de especialistas em saúde pública, sociólogos, antropólogos, economistas e outros profissionais que se viram, cada um em sua especificidade, obrigados a lidar com a nova situação que começava a se delinear.

Este trabalho pretende ser uma contribuição no tocante à formulação e implementação de políticas públicas, quando analisa os processos de articulação política que ocorreram para a inserção do tema da aids na agenda governamental e as inter-relações que ocorreram entre o governo e a sociedade civil que possibilitaram a criação da política brasileira de enfrentamento da epidemia de aids.

Descrever quais foram os fatores econômicos, sociais e políticos que determinaram a inserção do tema na agenda pública governamental e como acontecem os processos políticos de formulação e implementação de políticas públicas no *locus* do Estado foi o objetivo central dessa dissertação.

A análise do processo de formulação de uma política pública objetiva identificar os fatores facilitadores e os obstáculos presentes durante a articulação entre os atores do Estado e da sociedade civil sobre um tema específico.

O estudo da correlação de forças – políticas, econômicas e sociais – que operam para que determinada alternativa de resposta assumam uma certa configuração em detrimento de

¹ Neste trabalho, a palavra “aids” será usada com letras minúsculas sempre que significar a doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana, HIV, e for utilizada como substantivo, conforme padrão utilizado pelo Ministério da Saúde do Brasil. Em caso de nomes próprios de entidades, títulos ou siglas, a escrita poderá ser alterada para Aids ou AIDS, de acordo com cada caso (orientação obtida do Escritório do UNAIDS no Brasil).

outra, busca apreender a realidade por meio de estruturas e processos históricos que determinam os rumos das decisões finais sobre o tema discutido.

Assim, conhecer o contexto em que esse processo se desenvolveu permite vislumbrar as características negativas e os fatores positivos que influenciam o processo de tomada de decisão e pode permitir inferências facilitadoras durante a fase de articulação entre os atores. É essa habilidade em gerenciar os conflitos que traz a contribuição para que a melhor alternativa seja escolhida e que a definição adequada da agenda pública beneficie toda a sociedade.

Este trabalho apresenta os resultados de um estudo analítico que teve como foco o processo de criação do Programa Nacional de DST e Aids e a sua implementação, desde o início da percepção da epidemia do HIV/aids no Brasil até os dias atuais. Criado em 1988, o Programa tem por missão reduzir a incidência do HIV/aids e melhorar a qualidade de vida das pessoas infectadas. Sendo parte da estrutura do Ministério da Saúde, é visto como um ministério dentro de outro ministério, por sua autonomia e complexidade, além do volume de recursos que movimenta para a implementação de seus programas.

A dissertação está dividida em quatro capítulos. O primeiro capítulo descreve o processo de construção teórico-metodológica do objeto de pesquisa, onde são narrados os procedimentos metodológicos usados, os métodos de coleta de dados e a análise e interpretação das informações obtidas.

O estudo foi realizado por meio de uma análise conceitual e teórica que procurou definir a abrangência e o contexto histórico vigente na época, onde se configura a estruturação do SUS dentro da Constituição Federal de 1988 e a concepção de acesso aos serviços de saúde como direito humano, tendo como preocupação central os processos de formulação e implementação do Programa Nacional de DST e Aids.

A metodologia de análise utilizada refere-se a duas etapas no ciclo de vida dos programas sociais - a fase pré-decisional, que constituída pelos processos de formação da agenda pública e a especificação de alternativas, e a fase decisional, formada pelas decisões autorizadas dos agentes governamentais sobre a formulação dos programas que levam à implementação propriamente, cujo autor de referência é Kingdom (1995). Esse modelo, cujo cerne é a definição da agenda pública, é composto de elementos relacionados onde se destacam o governo e outros atores politicamente importantes, cuja articulação resulta na agenda política e decisória a ser implementada.

O modelo de estrutura narrativa de Abbott (2001), que correlaciona os elementos prévios, contemporâneos e posteriores ao processo decisório, foi utilizado como apoio para entendimento e interpretação dos fatos à luz da teoria de Kingdon (1995).

O método de análise escolhido foi a avaliação qualitativa, utilizando-se a Análise de Conteúdo e o uso do *software* Atlas t.i. para compilação e interpretação dos dados obtidos em entrevistas semi-estruturadas com atores relevantes do Estado, da sociedade civil organizada e de organismos internacionais envolvidos na formulação do Programa Nacional de DST e Aids.

O segundo capítulo é formado pela revisão da bibliografia utilizada como base teórica do estudo, servindo de marco de referência para o entendimento das relações entre o Estado e a sociedade civil na formulação de políticas. Neste capítulo são revistos os conceitos dos principais teóricos do Estado e da sociedade que sustentam a natureza da abordagem escolhida como fundamentação para a análise.

Desse modo, considerando as questões da pesquisa, este estudo se baseou nas discussões sobre os conceitos clássicos de Estado e Sociedade Civil, buscando identificar os argumentos para as interações observadas. Nesta abordagem, destaca-se a Teoria do Estado Ampliado de Gramsci, que procura esclarecer a complexidade das relações observadas entre o Estado e a Sociedade Civil em contextos específicos. Complementando a construção do conhecimento, a parte teórica incluiu conceitos de políticas públicas, sua formulação e análise, além de perpassar o histórico da saúde pública no Brasil, visando aprofundar o marco de referência em questão.

O terceiro capítulo refere-se à formação da agenda pública e à formulação do Programa Nacional de DST e Aids, descrevendo todas as etapas desde seu nascimento a partir da demanda dos grupos atingidos e das iniciativas estaduais para prevenção e combate ao HIV/aids. A pesquisa procurou destacar o papel dos atores sociais na definição da agenda e a identificação da resposta governamental à demanda apresentada pela sociedade civil nesse processo.

O quarto capítulo descreve a análise realizada para a compreensão do conjunto de procedimentos para a formulação do Programa Nacional de DST e Aids, identificando os processos envolvidos e os instrumentos utilizados para a implementação da resposta brasileira à epidemia.

Nesse sentido, pretende-se compreender as conjunturas que viabilizaram a criação do Programa e a continuidade de sua implementação até os dias atuais, considerando as condições adversas que atingem a saúde pública nos países em desenvolvimento, em especial no Brasil. Para esse entendimento, foi necessário investigar os pormenores que antecederam os Acordos de Empréstimo do Brasil com o Banco Mundial, que viabilizaram a execução dos Projetos AIDS I, AIDS II e AIDS III.

Desse modo, usando os fundamentos teóricos de Hall (2002), buscou-se a compreensão dos movimentos entre os atores, idéias e interesses que permearam as discussões e viabilizaram a assinatura dos referidos Projetos.

Por fim, os conhecimentos adquiridos durante a pesquisa, assim como os avanços e as dificuldades na construção do conhecimento fazem parte das considerações finais da dissertação. Esta parte compreende, ainda, uma reflexão sobre o Programa e a dinâmica dos processos que envolvem atores governamentais e não-governamentais nas negociações para a formulação e implementação de políticas públicas.

Ainda nessa parte são apresentadas algumas sugestões para aprofundamento do estudo, ou sua ramificação, que possa auxiliar outros pesquisadores a entender a complexidade da resposta brasileira frente ao HIV/aids.

É importante ressaltar que a pesquisa não teve por objetivo avaliar o Programa Nacional de DST e Aids ou quaisquer das iniciativas que precederam a sua formulação e implementação.

CAPÍTULO 1

CONSTRUÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DO OBJETO DE PESQUISA

1.1 Opção teórico-metodológica

A escolha do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde como unidade de análise reflete a preocupação da pesquisadora em descobrir as razões do êxito obtido pelo Programa nas ações a que se propõe durante o período de sua existência. O descaso enfrentado pelas políticas sociais, e de saúde em particular, no País, vem de longa data, e uma política pública que é considerada como exceção merece atenção diferenciada.

O estudo se realiza por meio de uma análise conceitual e teórica que busca definir a abrangência e o contexto histórico onde se configura a estruturação do SUS e a concepção de acesso aos serviços de saúde como direito humano, tendo como preocupação central a análise empírica dos processos de formulação e implementação do Programa Nacional de DST e Aids, a partir de seu início na década de 80 até os dias atuais.

Referindo-se à complexidade de um processo de análise de políticas públicas, Draibe (2001) afirma que estas respondem a objetivos distintos, relacionados tanto à pertinência dos custos e à eficácia das ações quanto à identificação de dificuldades e obstáculos que precedem às recomendações. Esses objetivos tornam a avaliação de políticas públicas uma análise interessante, considerando que busca detectar os pontos de inflexão e propor medidas de correção, visando a melhoria da qualidade do seu processo de implementação e desempenho.

O conteúdo político das políticas forma o que poderia ser denominado de economia política das políticas públicas (CHAIBUB, 2004), já que se refere ao sentido e à lógica da dinâmica dos programas e é movida pelos interesses, idéias e eventuais conflitos surgidos no processo das negociações onde são tomadas as decisões iniciais e que formam a estratégia de implementação da política.

Embora diversos autores tratem da temática da formulação e análise de políticas públicas, a metodologia de análise utilizada neste estudo refere-se a duas etapas no ciclo de vida dos programas sociais – a fase pré-decisional, constituída pelos processos de formação da agenda pública e especificação de alternativas, e a fase decisional, formada pelas decisões autorizadas

dos agentes governamentais sobre a formulação dos programas que levam à implementação propriamente dita (KINGDON, 1995).

Um elemento importante na análise de políticas públicas é a constituição da agenda pública. Isso significa deslocar da esfera exclusiva do poder governamental as decisões sobre a constituição da política e incorporar a participação da sociedade civil no debate (SEIBEL, s/d).

O debate sobre a definição da agenda pública foi repensado em virtude das transformações conjunturais sofridas nos últimos tempos. No Estado desenvolvimentista, cabia à tecnocracia governamental o papel quase exclusivo de definir as políticas públicas. No entanto, a emergência dos movimentos sociais na década de oitenta, que assumiu a gestão das políticas públicas em várias áreas, em escala menor, mas com forte legitimidade popular, e o desdobramento da conjuntura mundial com a derrocada do Estado desenvolvimentista e a afirmação do Estado neoliberal, evidenciaram a necessidade de mudança nos processos de formulação e gestão das políticas públicas.

O modelo de Kingdon (1995), centrado na definição da agenda, agrega dois elementos chave – a definição do problema e a geração de alternativas. Estes elementos estão relacionados, apesar de dominados por diferentes atores do Estado e da sociedade civil que interferem sobre a “agenda política” e a “agenda para decisão”. É importante ressaltar que, neste modelo, apesar de que ambas as atividades têm suas próprias correntes políticas, quando estas são confluentes dão lugar a políticas públicas sólidas e com melhores resultados.

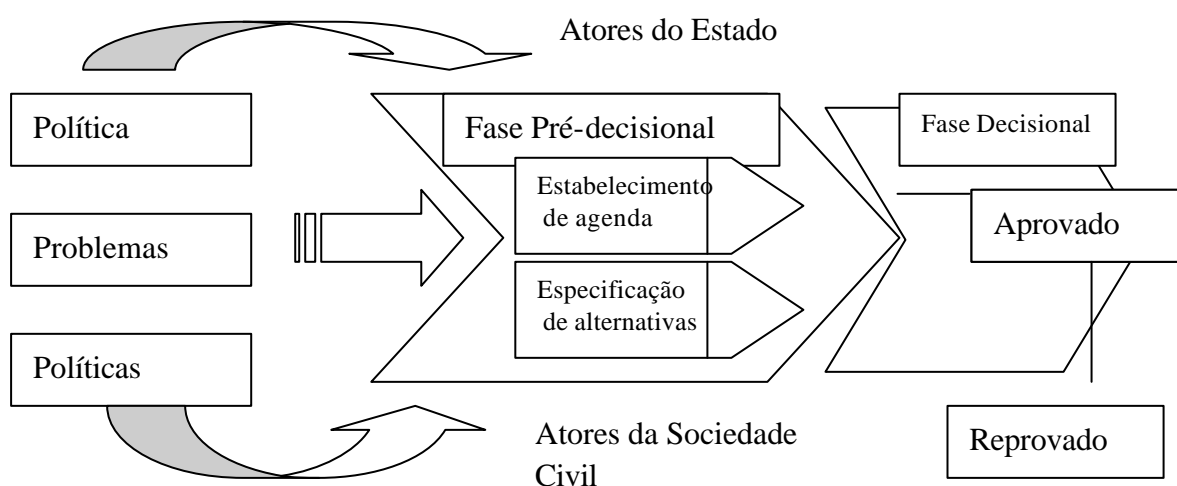


Figura 1. Modelo de Kingdon (1995), in Chaibub 2004, adaptado pela autora

Este modelo sugere que é necessário não somente conhecer os mecanismos que (re) produzem a cada momento os movimentos políticos e sociais, mas também a própria dinâmica interna dos aparatos públicos governamentais que repõem, de maneira similar, as formas autoritárias e excludentes na formulação do conteúdo e gestão das políticas públicas (SEIBEL,s/d).

Seibel (s/d) relata que as etapas de constituição de políticas públicas, ou seja, da elaboração da agenda pública, passam pelas seguintes fases:

- a) Explicitação das demandas públicas, quando um assunto perde seu caráter particular e atinge a condição de um fenômeno público;
- b) Visibilidade pública; seja nas redes informais de comunicação ou nos fóruns públicos. Aqui se forma a opinião pública;
- c) Reconhecimento político, através dos esforços para a conquista do tema em questão;
- d) Formulação propriamente dita das políticas públicas, que significa o processo de decisão sobre a gestão das demandas, a forma e os atores institucionais envolvidos.

Kingdon (1995) menciona três correntes básicas que fazem parte da definição da agenda:

- A dos problemas, onde os problemas estão sendo definidos;
- A da política, que segue os grandes movimentos ou problemas nacionais;
- A das políticas, caracterizada pela geração de idéias e alternativas.

Assim, as duas primeiras correntes conduzem à definição do problema e a terceira, à geração de alternativas. A gestão, por sua parte, aparece articulada de forma implícita com a corrente de geração de alternativas, já que os executores fazem parte dos atores centrais da geração de alternativas.

Esta concepção do ciclo de um programa composto por fases ou etapas é adotada para fins de sistematização metodológica, uma vez que, embora existam características específicas e próprias de determinados ciclos, não é possível separá-las de forma estanque, já que os atores envolvidos são dinâmicos e atuantes, o que confere dinamismo e criatividade em todo o processo.

A tentativa de análise realizada neste trabalho procura demonstrar a correlação de forças políticas, econômicas e sociais que atuaram para que o Programa Nacional de DST e Aids tenha sido concebido da maneira como foi, em detrimento das outras concepções adotadas pelo Ministério da Saúde na formulação de seus programas.

Nesta análise, o estudo foi considerado em duas dimensões. A primeira, referente ao histórico do Programa, tenta demonstrar a movimentação dos atores sociais na definição de suas características políticas e institucionais; e a segunda relaciona-se com a compreensão das relações entre Estado e sociedade civil na configuração das políticas públicas brasileiras, levando-se em conta o momento histórico vivido pelos atores quando da conformação do Programa.

Assim, se por um lado as políticas sociais estão ligadas ao Estado e às suas determinações históricas e estruturais, por outro lado uma análise que busca compreender estas políticas deve considerar as particularidades de sua configuração nas relações entre Estado e sociedade, onde é fundamental o papel desempenhado pelos atores sociais nas movimentações e nos conflitos decorrentes das negociações (GERSHMAN, 1989).

No caso do Programa brasileiro, a discussão ganha centralidade no momento em que a visibilidade internacional obtida expõe os aspectos positivos da mobilização social e o papel da sociedade civil no contexto da formulação de políticas, assinalando o direito à saúde como prerrogativa de direitos humanos a ser desfrutada por todos os cidadãos de uma Nação.

1.2 Procedimentos metodológicos

Quanto ao método, Richardson *et al* (1999) consideram a existência de dois métodos principais, quantitativos e qualitativos. O método quantitativo é caracterizado pelo emprego da quantificação, seja nas modalidades de coleta de informações, seja quanto ao tratamento dos dados por meio de técnicas estatísticas, com o objetivo de assegurar a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e interpretação. Este método é geralmente usado em estudos que visam descobrir e classificar a relação entre variáveis, bem como naqueles que investigam a causalidade entre fenômenos.

O método qualitativo não utiliza a estatística como base para o processo de análise de um fenômeno, nem tem por objetivo numerar ou medir unidades e categorias em um estudo.

Este enfoque defende a necessidade de compreender as interpretações que os atores sociais possuem do mundo, pois são estes que motivam o comportamento gerador do próprio mundo social. Desse modo, a entrevista qualitativa permite o fornecimento de uma descrição detalhada de um meio social específico, ou de condições do passado, que permitem a construção de um referencial para pesquisas e análise de dados, além de desempenhar um papel vital na combinação com outros métodos de pesquisa (GASKELL, 2002).

Para efetivar este estudo, foi feita uma revisão de literatura com o objetivo de construir as categorias teóricas para sua fundamentação. As principais fontes de consulta utilizadas foram os documentos referentes à formulação do Programa Nacional de DST e Aids, publicações de organizações governamentais e não-governamentais que registraram o histórico da formação do Programa e entrevistas semi-estruturadas com atores envolvidos diretamente nas etapas de formação da agenda pública e formulação da estratégia de implementação do programa, assim como também de seu acompanhamento. As entrevistas permitiram reconstruir o processo e a movimentação dos atores, e também identificar suas motivações e interesses. A documentação permitiu constatar as decisões tomadas e a transformação das reivindicações em orientações e normas legais, as ações que se desencadearam e os resultados obtidos.

1.2.1 Base primária de dados

Como descrito anteriormente, para a realização desta pesquisa foi definido que o método qualitativo seria o mais adequado para captar os aspectos que envolvem o processo de análise de uma política pública. Baseado nesse princípio, o uso da entrevista estruturada forneceu os instrumentos para, além da captação das nuances presentes no processo de formulação de políticas, também identificar os conflitos existentes, a geração das alternativas e a conseqüente escolha das opções apresentadas. Este instrumento também mostra a articulação política que ocorre durante o processo e como se dá a resolução de conflitos entre as partes.

Assim, foram escolhidos atores-chave do processo de formulação da política brasileira de aids, identificados de maneira que todos os segmentos envolvidos estivessem representados – Estado, sociedade civil organizada e organismos internacionais – que, em função de sua *expertise* do assunto ou posição política foram fundamentais para a inserção do tema na agenda pública e conseqüente formulação da política.

1.2.2 Base secundária de dados

Para complementar os dados primários obtidos por meio das entrevistas, outros recursos de investigação foram utilizados, e incluíram os seguintes tipos de pesquisa:

- Bibliográfica - por meio de revisão de literatura acadêmica e especializada, onde os principais campos do conhecimento abrangidos foram a relação Estado e sociedade, incluindo a participação dos organismos internacionais de cooperação técnica, e o processo de formulação de uma política pública;
- Documental – que teve como base a análise da formulação do Programa Nacional de DST e Aids, por ser considerado referência mundial na prevenção e tratamento dos portadores do HIV/aids, onde também foram analisados documentos tais como:
 - a) Leis que criaram e regulamentaram o objeto em análise;
 - b) Decretos presidenciais, portarias; planos, boletins e relatórios expedidos por órgãos governamentais referentes ao assunto;
 - c) Relatórios e publicações de governo brasileiro e de organismos internacionais;
 - d) Artigos científicos pertinentes ao assunto;
 - e) Documentos históricos do Programa Nacional de DST e Aids e publicações técnicas especializadas;
 - f) Literatura especializada publicada por atores pertencentes aos setores governamentais e da sociedade civil que participaram do processo de formulação do Programa desde o seu início.

A análise adotada neste trabalho procura privilegiar o caráter contraditório do processamento das políticas públicas, admitindo que o Estado não é uma entidade única, a serviço de um único sujeito, com interesses próprios e decisões unilaterais no planejamento e execução de programas, mas que sobre ele estão repercutidas as demandas e contradições dos diversos atores sociais e políticos, que têm a dinâmica e a capacidade de articular e reivindicar seus interesses (CASTRO, 2000).

Castro (2000, p.2) in Chaibub (2004), também afirma que:

Admite-se que, no decorrer do processo, coexistem vários atores que planejam e atuam a partir de posições distintas, de acordo com a compreensão e a explicação da realidade que responde a suas necessidades, exigências e propósitos e pelas diferentes capacidades de ação de cada um, dadas pelos recursos de poder sob seu comando. Esses atores em seus processos de articulação confrontam-se e organizam (ou não), consensualmente, as decisões no campo de interações políticas, arenas decisórias, em torno da manutenção e/ou ampliação de seus respectivos espaços de controle dos recursos de poder à disposição do Estado. Em cada uma dessas arenas decisórias são definidos os centros de decisão das políticas em formulação e implementação.

Dessa forma, considerando essa abordagem teórica, a reconstrução dos processos de formação e formulação do Programa Nacional de DST e Aids considera a existência de um conjunto de decisões, tomadas por diversos atores, que influíram e orientaram a configuração do Programa e foram decisivas para a sua estruturação atual.

É importante mencionar que a mobilização dos atores está inserida em um contexto mais amplo, aqui entendido como as particularidades de um determinado momento histórico, suas necessidades e prioridades, assim como os determinantes econômicos, políticos, sociais e culturais de um momento crucial na história da saúde no Brasil.

Essa correlação dos aspectos específicos do Programa com o contexto histórico, político e social do País utiliza como procedimento metodológico a organização de uma narrativa de acontecimentos baseada no modelo proposto por Abbott (2001) para pesquisa em políticas públicas.

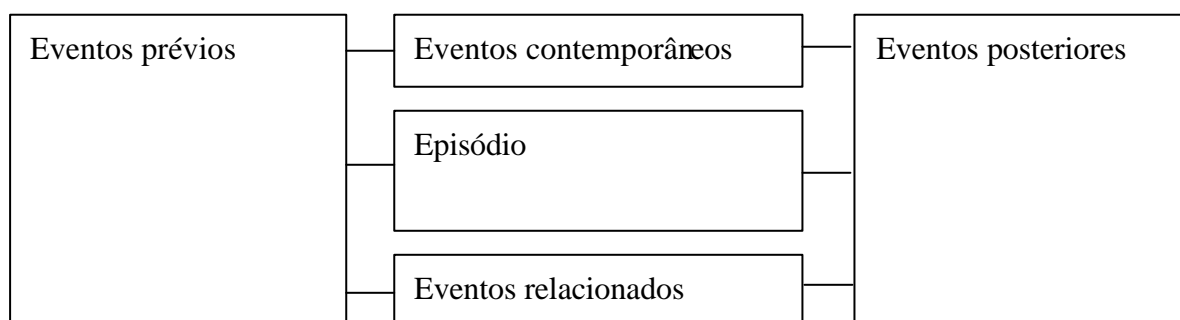


Figura 2. Modelo de Abbott (2001), in Chaibub 2004

De acordo com a figura, o elemento básico da experiência é um evento. Um grupo de eventos relacionados diretamente com a formulação de políticas públicas constitui um episódio identificado, neste caso, com o Programa Nacional de DST e Aids. O episódio está no centro de eventos adjacentes. Estes eventos se classificam em prévios (ocorrem antes do

episódio), contemporâneos (ocorrem no mesmo espaço temporal do episódio), relacionados (coincidem com o episódio e são afetados por este) e posteriores (ocorrem sempre e quando sua antecipação condicione eventos dentro do episódio).

Considerando a narrativa dos eventos relacionados ao episódio, foram formuladas as perguntas centrais de investigação:

- a) Como o tema do HIV/aids entrou na agenda pública governamental?
- b) Quais os fatores econômicos sociais e políticos determinaram a inserção desse tema na agenda?
- c) Como se dão os processos políticos de formulação de políticas públicas no *locus* do Estado?

Assim, o eixo da questão foi analisar como é a relação Estado e sociedade civil, identificando o papel do Estado e como este concebe e executa suas políticas, bem como o papel desempenhado pela sociedade civil organizada em relação à sua participação concreta, seja na formulação do Programa, seja no controle social das ações executadas pelo Estado, seja enquanto organização não-governamental executora das atividades propostas pelo Programa.

Para a seleção dos sujeitos entrevistados, foi definido que estes seriam os atores envolvidos na mobilização social que culminou na concepção e formulação do Programa. Devido às particularidades desse caso, os atores escolhidos pertencem ou pertenceram em algum momento aos quadros do governo e/ou movimentos da sociedade civil organizada, além de funcionários de organismos internacionais que contribuíram para a formulação ou colaboram para a sua implementação. Das 17 (dezessete) pessoas contatadas, 14 foram efetivamente entrevistadas e foram decisivas para os resultados dessa pesquisa.

Para analisar os dados obtidos, partindo-se da estrutura narrativa e das perguntas de investigação, foi utilizado o modelo conceitual de John W. Kingdom (1995), que se concentra em compreender os principais processos pré-decisionais que antecedem a implementação de uma política social: o estabelecimento da agenda governamental e a especificação das alternativas a serem escolhidas. De acordo com Kingdom, a agenda governamental consiste numa lista dos temas que as autoridades governamentais elegem em um determinado

momento, seja ele político ou social. O processo de seleção de alternativas é aquele em que, em um universo de várias alternativas possíveis, algumas opções são efetivamente escolhidas.

Nesta conceituação, é possível identificar três etapas que estão inter-relacionadas – os problemas, as políticas e a política vigente. Os atores sociais reconhecem os problemas, mobilizam-se, produzem propostas para a (re) formulação de políticas públicas e se engajam em atividades políticas, sejam elas o próprio ativismo social, a militância ou a formação de grupos de pressão. Como o processo é dinâmico, a posição dos atores não é fixa, e a variação de suas posições pode influenciar o resultado almejado, positiva ou negativamente.

Para Kingdom (1995), o estabelecimento da agenda governamental segue um fluxo que pode ser resumido da seguinte maneira:

Em primeiro lugar, o reconhecimento de um problema é um momento crítico para o estabelecimento da agenda. As possibilidades de um tema entrar para a agenda são visivelmente fortalecidas se estiverem conectados a um problema importante que afete o bem comum – neste caso específico, a saúde.

Em segundo lugar, os diferentes graus de possibilidade de inserção de um tema na agenda se encontram na esfera política. Independentemente da importância do problema ou do desenvolvimento de propostas para a sua solução, os eventos políticos fluem de acordo com sua própria dinâmica e têm regras próprias. Os atores atuam percebendo as mudanças no clima político nacional e os diversos grupos de pressão impõem suas demandas ao governo.

Em terceiro lugar estão os atores do Estado, aqueles que recebem uma pressão considerável da atenção pública e influem na formação da agenda. Podem ser funcionários de alto escalão, membros do congresso, meios de comunicação e atores envolvidos em processos eleitorais ou movimentos sociais.

Por fim, é chegado o momento da especificação de alternativas. Estas são geradas e delimitadas na corrente de políticas, com a participação de atores relativamente ocultos. Este grupo é formado por acadêmicos, organizações não-governamentais, fóruns e movimentos sociais e comunidades de especialistas no tema. Seu trabalho consiste no planejamento e na avaliação das negociações com os membros dos Poderes Executivo e Legislativo e as propostas entram em discussão por meio de projetos de lei, audiências no Congresso e atos públicos que tenham por objetivo a visibilidade do tema.

Ainda segundo Kingdom (1995), as três correntes – política, de problemas e políticas – e os participantes têm dinâmicas independentes e atuam como impulso ou restrição para que um

problema ingresse na agenda governamental. Quando as três correntes estão unidas, constituindo o que o autor denomina de “enganche”, se eleva significativamente a possibilidade de que os problemas e alternativas entrem na fase decisional, ou agenda de decisão.

Para tomar as decisões, os participantes do Estado se posicionam em uma arena central constituída pelo Presidente da República, ministros, funcionários de alto escalão, membros do Congresso e outros políticos. Os participantes ocultos fazem parte desse processo também. Nesse momento, as decisões são autorizadas mediante os mecanismos formais utilizados pelo governo, como leis, decretos, resoluções e medidas provisórias. Também é nessa hora que são delegados os mandatos, as obrigações e direitos são gerados e, com a legitimidade da autoridade pública, é feita a alocação de recursos necessários para esse fim.

Neste estudo, os resultados obtidos são apresentados e analisados a partir do modelo conceitual e das dimensões apresentadas. A análise não teve por objetivo avaliar o Programa Nacional de DST e Aids ou as ações decorrentes de sua formulação e implementação.

1.3 Unidade de Análise

A escolha do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde como unidade de análise foi baseada na observação da visibilidade que o Programa tem conseguido ao longo dos últimos anos, sendo considerado uma iniciativa de excelência no campo de ações a que se propõe. Considerando a precariedade com que os assuntos relacionados à saúde têm sido tratados no Brasil, tornou-se deveras intrigante para a pesquisadora a questão da notória visibilidade que o Programa alcançou, assim como sua continuidade, ao estabelecer-se como uma política de Estado e não de governo, como acontece costumeiramente.

No entanto, o interesse na análise dessa política não se restringe meramente em aumentar o conhecimento sobre os programas e projetos implementados, mas sim em compreender a inter-relação política que se configurou e permitiu o processo político e social que culminou na especificidade que caracteriza a relação entre o Estado e a sociedade civil desde o início da formulação do Programa, alinhados com um objetivo comum que é o controle do HIV e da aids no Brasil.

1.4 Limites e desafios para a coleta de dados

Para a coleta de dados, 14 atores sociais foram entrevistados, considerando o universo relativamente pequeno de participantes no processo de formulação do Programa. As falas dos atores foram organizadas em subcategorias para se verificar as recorrências e identificar as partes significativas.

Devido à própria natureza dos atores, alguns desafios tiveram que ser superados, sendo o mais importante a localização geográfica de algumas das pessoas-chave, já que alguns estão em São Paulo e no Rio de Janeiro, além dos que vivem no Distrito Federal. Como particularidade do grupo, pode-se citar a relativa rotatividade de algumas dessas pessoas, que ora fazem parte dos quadros do governo, ora estão na sociedade civil e, algumas vezes, são convidados a integrar o *staff* de alguns organismos internacionais, ou mesmo ONGs internacionais, ocasionando a transferência para o exterior, em especial para Nova Iorque ou Genebra.

No plano individual, o limite enfrentado foi a dificuldade de agenda dos entrevistados, considerando as posições que ocupam em suas instituições e o acúmulo de compromissos e viagens inerentes aos seus cargos.

1.5 Análise e interpretação dos dados

O método de análise qualitativo das informações mostra-se apropriado à presente pesquisa, pois esse tipo de abordagem aprofunda-se no mundo dos significados, das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas (MINAYO, 1994). Segundo Richardson *et al.* (1999), a abordagem qualitativa procura descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos pela organização e entender particularidades do seu comportamento.

A partir da análise qualitativa das entrevistas, pretendeu-se verificar o pensamento dos diferentes atores que atuaram no processo de formulação do Programa Nacional de DST e Aids, que detinham algum tipo de participação ou interesse ou ocupavam posições estratégicas na área governamental.

Para atingir esse objetivo, a técnica utilizada foi a análise de conteúdo, a qual permite

“compreender melhor um discurso, de aprofundar suas características (...) e extrair os momentos mais importantes” (RICHARDSON *et al.*, 1999, p.178).

As informações foram tratadas – se visualizadas como um todo - de forma a apresentar a análise do conteúdo das entrevistas, os principais elementos presentes na legislação e documentos oficiais, em combinação com os aspectos identificados na literatura acadêmica.

1.5.1 A análise de conteúdo

Krippendorff (1980 in VALA, 1986, p.103) define a análise de conteúdo como “uma técnica de investigação que permite fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto”. Vala (1986, p. 104) observa que essa técnica permite inferências sobre a fonte e a situação em que esta produziu o material objeto de análise, tendo como finalidade “efetuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas.”

Richardson *et al.* (1999), por sua vez, explicam que a “análise de conteúdo” é um conjunto de técnicas para análise de comunicações, visando obter a descrição do conteúdo de mensagens. Constitui-se num conjunto de instrumentos metodológicos, com as seguintes características: objetividade, sistematização e inferência. A objetividade refere-se à “explicitação das regras e dos procedimentos utilizados em cada etapa da análise” (RICHARDSON *et al.*, 1999, p.176). A sistematização, por sua vez, refere-se à “inclusão ou exclusão do conteúdo ou categorias de um texto de acordo com regras consistentes e sistemáticas” (*ibid.*, p.177). Já a inferência refere-se à “operação pela qual se aceita uma proposição em virtude de sua relação com outras proposições já aceitas como verdadeiras” (*ibid.*, p.177).

Partindo-se das clássicas perguntas “quem diz o que”, “a quem”, “como” e “com que efeito”, os mesmo autores indicam os seguintes objetivos para a análise de conteúdo:

- a) Analisar as características de um texto (mensagem) sem referência às intenções do emissor ou aos efeitos da mensagem sobre o receptor;
- b) Analisar as causas e antecedentes de uma mensagem, procurando conhecer as suas condições de produção;
- c) Analisar os efeitos da comunicação para estabelecer a influência social da mensagem.

As características de *objetividade, sistematização e inferência*, citadas por Richardson *et al.* (1999), são detalhadas por Vala (1986), que menciona os seguintes tipos de “operações mínimas” para a prática da análise de conteúdo:

- a) delimitação dos objetivos e definição de um quadro de referência teórico orientador da pesquisa;
- b) constituição de um *corpus*;
- c) definição de categorias;
- d) definição de unidades de análise;
- e) quantificação.

Os fatores especificados na letra **a** foram estabelecidos a partir do modelo conceitual de Kingdon (1995) e do modelo de estrutura narrativa de Abbott (2001). Quanto à letra **b**, deve-se esclarecer que o *corpus* foi constituído pelo conteúdo das entrevistas, ao qual foram agregadas, para compor as “linhas convergentes de investigação” (YIN, 2005), outras fontes de evidência, como por exemplo, documentos oficiais e literatura sobre a formulação do Programa. A definição de categorias (letra **c**) foi feita com base no referencial teórico e no trabalho exploratório da pesquisadora sobre o *corpus*, conforme definido por Vala (1986).

No caso em questão, “as referências teóricas do investigador orientam a primeira exploração do material, mas este, por sua vez, pode contribuir para a reformulação ou alargamento das hipóteses e das problemáticas a estudar” (VALA, 1986, p.112).

A partir da categorização, foram efetivados os procedimentos previstos nas letras **d** e **e**, sendo as *unidades de análise* as citações selecionadas nas transcrições das entrevistas e a *quantificação* representada pelo grau de fundamentação e de densidade dos códigos identificados a partir dessas citações.

A fim de organizar os dados coletados por meio das entrevistas, os conteúdos foram agrupados conforme dimensões previamente definidas, que tinham por objetivo guiar a pesquisa rumo a seus objetivos. A técnica de análise de conteúdo utilizada foi, portanto, a análise por categoria (RICHARDSON *et al.*, 1999; VALA, 1986), que se baseia na decodificação de um texto em diversos elementos, os quais são classificados e formam agrupamentos analógicos, resultado da codificação.

1.5.2 Tratamento dos dados – Uso do Atlas.ti

Devido à quantidade de dados obtidos e à complexidade das interações de opiniões dos três diferentes grupos de entrevistados foi utilizado, para auxílio à análise de conteúdo e à ordenação conceitual, o *software Atlas.ti* – versão 5.0, apropriado para análise qualitativa de informações obtidas por meio de entrevistas. As gravações das entrevistas foram feitas em formato digital, transcritas com a utilização de um processador de textos e, finalmente, inseridas no Atlas.ti.

Este *software* auxiliou na organização dos trechos relevantes das entrevistas, a fim de permitir a identificação de padrões ou repetições de interesse à pesquisa e, especialmente, o agrupamento de idéias para formação de famílias de códigos (correspondentes às variáveis da pesquisa,) e redes de relacionamentos. Esses conceitos são alguns dos elementos definidos no *modelo de dados* do Atlas.ti, a saber:

- unidade hermenêutica;
- documento primário;
- citação;
- código;
- memo;
- família;
- rede;
- relação.

As definições desses conceitos, segundo Medeiros (2004) estão apresentadas no Anexo I ao final deste trabalho.

Gaskell (2002, p.86-87) resume os benefícios de se utilizar um “programa computadorizado para análise qualitativa de informações”, como o que foi utilizado na análise dos dados deste trabalho:

Os principais resultados (...) são os seguintes: primeiramente, codificar, cortar e colar produzem textos impressos de todas as passagens do texto que se refiram à mesma categoria, por exemplo, códigos do tema, códigos do entrevistado e aspectos formais. Isto fornece uma síntese de todos os elementos relevantes do texto que pertençam a um código específico de interesse. Esta forma de produto é uma

maneira eficiente de representar os elementos textuais, de tal modo que o pesquisador pode ilustrar sua interpretação com citações selecionadas.

É relevante mencionar que, muito embora Gaskell (2002, p.88) reconheça as vantagens de se utilizar *softwares* específicos para análise dos dados, esse autor ressalva que “os computadores não farão nunca o trabalho intuitivo e criativo que é parte essencial da análise qualitativa. No máximo, eles irão apoiar o processo e oferecer uma representação do resultado da análise”.

Vale observar que o Atlas.ti dá suporte ao desenvolvimento de pesquisa qualitativa. Bandeira de Mello & Cunha (2003, p.6, apud MEDEIROS, 2004) explicam que esse *software* “foi criado, principalmente, visando à construção de teorias”, e é definido como um método científico que utiliza um conjunto de procedimentos sistemáticos de coleta e análise dos dados para gerar, elaborar e validar teorias substantivas sobre fenômenos essencialmente sociais, ou processos sociais abrangentes.

1.6 Limitações do método

Para facilitar o entendimento do processo de inserção de um tema na agenda conforme proposto por Kingdon (1995), foi considerada a opção de utilizar a metodologia de análise do processo de formulação de uma política pública, proposta por Hall (2002), que descreve passo a passo como os diversos fatores interagem para que finalmente um tema entre na agenda pública e se transforme em uma política governamental.

No entanto, durante a análise a pesquisadora defrontou-se com a dificuldade de conseguir visualizar todo o processo por meio da fragmentação das partes que o compõem. Devido à complexidade dos fatores envolvidos, e seguindo a narrativa que os entrevistados fizeram, segundo a sua perspectiva, a pesquisadora chegou à conclusão de que a maneira mais adequada para a compreensão e análise do processo seria, em primeiro lugar, estruturar a formação da política em uma estrutura narrativa que colocasse em ordem cronológica todos os fatores e atores que tiveram uma participação relevante na elaboração das ações contra a aids no Brasil.

Desse modo, a estrutura narrativa de Abbott (2001) foi utilizada de maneira a facilitar a visualização de todo o ocorrido e somente então proceder com a análise da maneira proposta por Kingdon (1995).

A escolha da metodologia utilizada por Abbott também auxiliou no entendimento da correlação de forças que possibilita os processos políticos que interagem para a formulação de

políticas públicas no *locus* do Estado, pois demonstra os aspectos visíveis e ocultos do processo que pode culminar na política pública desejada.

A utilização destes instrumentos propiciou uma reflexão mais detalhada durante a pesquisa e enriqueceu o conteúdo deste trabalho.

CAPÍTULO 2

REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1. Estado e Sociedade Civil na perspectiva relacional

Como uma política pública é resultado da correlação de forças no campo político entre Estado e Sociedade Civil, necessária se faz a desconstrução desses dois conceitos do ponto de vista relacional, na literatura científica, visando compreender o processo de interação entre os diversos atores.

Desde que o homem começou a interessar-se por seu passado, e as descobertas arqueológicas foram sendo desvendadas, observou-se que, nos primórdios da civilização quando, abandonando a vida nômade de seus ancestrais, surgiram os primeiros núcleos humanos organizados, estes obedeciam a uma ordem pré-estabelecida por seus líderes, cujo objetivo era a defesa e a sobrevivência de todo o grupo.

Com o passar do tempo e o crescimento desses agrupamentos surgiu a necessidade de aperfeiçoamento dos modelos de organização e liderança utilizados até então, o que deu início às primeiras *polis*, ou cidades. A idéia do Estado, nos modelos convencionais conhecidos atualmente, já era conhecida na Antiguidade, aperfeiçoou-se na Idade Média, foi um dos fatores determinantes da Revolução Francesa e continua evoluindo até os dias de hoje.

Aristóteles, em *A Política*, já explicava as origens do Estado enquanto *polis* ou cidade, valendo-se da reconstrução histórica das etapas por meio das quais a humanidade já tinha passado, desde as formas mais primitivas até as mais evoluídas de sociedade, chegando ao conceito de sociedade perfeita que seria o Estado (BOBBIO & BOVERO, 1994). Para Aristóteles, todo homem é um ser político, pois, sendo essencialmente gregário, pertence a *polis*, sendo naturalmente público (GOMES, s/d). Assim, começando pela família, que é a forma mais primitiva de sociedade, passa-se para a aldeia, que é a união de mais de uma família até chegar à cidade e assim sucessivamente, até alcançar os conceitos de Estado dos dias de hoje.

Esse modo de descrever a origem do Estado subsiste até os dias atuais, à medida que apresenta a evolução da sociedade como uma passagem de uma sociedade menor para uma

mais ampla, resultante da união de várias sociedades inferiores que se aglutinam para formar grandes aglomerados.

Essa concepção de Estado, conhecida como modelo aristotélico usa a família como seu alicerce, aí residindo a verdadeira origem do Estado e constituindo sua parte fundamental. Assim, a sociedade natural originária, a família, seria uma forma específica, concreta, historicamente determinada de sociedade humana (BOBBIO & BOVERO, 1994).

Entre a sociedade primitiva e a sociedade perfeita, que seria o Estado, há uma relação de progressão, no sentido de que no estado de família, ou pré-político, até o estado civil, ou político, o homem passou por etapas intermediárias que possibilitaram que ele deixasse de viver isoladamente e o capacitaram a viver em sociedade. A passagem de uma fase para outra ocorre de uma maneira natural de extensão das sociedades menores até uma sociedade maior e não obedece a nenhuma convenção ou ato racional, mas segue o curso de causas naturais, tais como a ampliação dos territórios, o aumento da população, a carência dos meios de subsistência, a necessidade de defesa, dentre outros determinantes. Segundo esse modelo, o homem já nasce gregário, é um ser social por natureza e o menor núcleo da sociedade é a família.

Contrapondo o modelo aristotélico, surge o modelo jusnaturalista, defendido por Hobbes, Locke e Rousseau, onde o ser humano não é gregário por natureza. Sendo individualista, é o processo que vai agregá-lo a uma sociedade. De acordo com Hobbes (2004), o homem vive como indivíduo, sem interferência social, é mais instintivo e, por este motivo, belicoso. Sendo “o homem o lobo do próprio homem”, tende a se destruir. A sociedade é um estado artificial, criado pelo homem. Esse conceito defende a proposição de regimes autoritários e absolutistas para lidar com a natureza belicosa do ser humano.

Nessa linha de pensamento, Rousseau (2002) defende o pressuposto de que o homem é bom na sua essência, mas a sociedade civil o corrompe, principalmente por causa da propriedade. É nesse sentido que Hobbes, e também Maquiavel (2002), defendem o absolutismo, ao contrário de Locke, que propõe que a sociedade deve se organizar numa democracia liberal, ou seja, a autonomia da sociedade civil frente ao Estado (GOMES, s/d) e de Rousseau, que defende a democracia e as idéias de igualdade, liberdade e fraternidade (BOBBIO & BOVERO, 1994; GOMES, s/d).

Maquiavel, ao afirmar a primazia do poder legitimamente alicerçado na força do Estado sobre os ideais abstratos de organização da sociedade, configura que o fundamento da utopia é a força e é por meio dela que o Príncipe exerce o seu poder (GOMES, s/d).

Para Maquiavel, a política leva em consideração a natureza dos homens, que é imutável e, apesar das diversas mudanças históricas, a essência dos homens é sempre a mesma. Dessa forma, prega a construção de um Estado unitário e moderno, absolutista e descreve como será o processo real da formação dos Estados unitários (GRUPPI, 1996).

Apesar de Maquiavel considerar a política de maneira científica, crítica e experimental, ele não apresenta, no entanto, uma teoria do Estado moderno, mas sim a teoria de como se constrói um Estado (GRUPPI, 1996).

A teoria do Estado de Hobbes e o modelo hobbesiano são dicotômicos e fechados – ou o homem vive no estado natureza ou no estado civil – numa relação de antagonismo, onde a primeira situação reflete o homem em seu isolamento e a segunda representa a união dos indivíduos em sociedade. É o impulso à propriedade que dirige os homens (GRUPPI, 1996) e como estes tendem a se destruir por causa da propriedade, surge a necessidade do estabelecimento de um acordo, ou seja, um contrato. Para Hobbes, esse contrato cria um Estado de poder absoluto e revela o caráter mercantil e comercial das relações sociais.

As principais características diferenciadoras dos dois modelos, o aristotélico e o hobbesiano, de acordo com Bobbio e Bovero, seriam:

- a) A concepção racional ou histórica da origem do Estado;
- b) O Estado como antítese ou como complemento do homem natural;
- c) A concepção individualista, social e orgânica do Estado;
- d) A teoria naturalista do fundamento do poder estatal;
- e) A teoria da legitimação através do consenso ou através da força das coisas.

Essas características referem-se aos problemas da origem, da natureza, do fundamento e da legitimidade do poder político em relação a todas as outras formas de poder do homem sobre o homem.

De todas as diferenças entre os dois modelos, a mais relevante é a que se refere à relação indivíduo e sociedade. No modelo aristotélico, o princípio está na sociedade, pois define a sociedade familiar como núcleo de todas as formas sociais posteriores. No modelo hobbesiano, o princípio é o indivíduo. No primeiro caso, o estado pré-político é um estado no

qual as relações fundamentais são de desigualdade, como é o caso das relações pais e filhos e senhor e servos; no segundo caso, o estado pré-político, ou estado de natureza, como o próprio nome diz, é um estado de liberdade e de igualdade, ou de independência recíproca; e é este estado que constitui a condição preliminar para a hipótese contratualista, pois o contrato pressupõe sujeitos livres e iguais.

Do mesmo modo como, no estado de natureza a liberdade e a igualdade são naturais, no modelo aristotélico são naturais a dependência e a desigualdade. Enquanto estado de indivíduos livres e iguais, o estado de natureza é o ambiente dos direitos individuais naturais, a partir dos quais é constituída de vários modelos e com diferentes resultados políticos a própria sociedade civil (BOBBIO & BOVERO, 1994).

O modelo jusnaturalista de Hobbes traça o reflexo político da sociedade burguesa em formação. Nessa interpretação, o estado de natureza é o local das relações mais elementares entre os homens, representando a descoberta da esfera econômica como distinta da esfera pública, da esfera privada como distinta da esfera pública, própria de uma sociedade que compreende a diferença entre poder econômico e poder político.

Esse conceito também expõe a teoria contratualista, ou seja a idéia de um Estado fundamentado sobre o consenso dos indivíduos, que reflete a idéia de que uma classe que se encaminha no sentido de se tornar econômica e ideologicamente dominante, deve conquistar também o poder político. Esta teoria também prega a tese de que o poder só é legítimo na medida em que é fundado sobre o consenso e também que os ideais de liberdade e de igualdade, que encontram seu lugar de realização no estado de natureza, segundo a qual a sociedade humana é construída numa ordem hierárquica tendencialmente estável. Esta tese anima a maior parte dos movimentos burgueses contra os vínculos sociais, ideológicos econômicos e políticos que se opõem à sua ascensão.

Rousseau (2002), posteriormente, vai contrapor com o argumento de que Hobbes, ao definir o homem como sendo “o lobo do homem” não está descrevendo a natureza do homem, mas sim os homens contemporâneos de Hobbes. Na realidade, Hobbes está descrevendo o surgimento da burguesia, a formação do mercado e a luta e a crueldade decorrentes desse processo (GRUPPI, 1996).

Para Rousseau, é a civilização que perturba as relações humanas, que violenta a humanidade, pois todos os “homens nascem livres e iguais, mas em todos os lugares estão acorrentados” (ROUSSEAU, 2002). Por este motivo, para ele os homens não podem

renunciar a esses bens essenciais de sua condição natural, a liberdade e a igualdade e por isso devem constituir-se em sociedade. Assim, a sociedade nasce de um contrato, mas o indivíduo é pré-existente e funda a sociedade por meio de um acordo (GRUPPI, 1996).

No entanto, para Locke o contrato produz a sociedade e o governo, portanto, o próprio Estado. Para Rousseau, o contrato só constitui a sociedade, a qual deve servir à plena expansão da personalidade individual.

Também teórico jusnaturalista, Locke (2002) observa que o homem no estado natural está plenamente livre, mas, no entanto, sente a necessidade de colocar limites à sua própria liberdade, a fim de garantir a sua propriedade. Para isso, Locke afirma que os homens se juntam em sociedades políticas e se submetem a um governo com a finalidade principal de conservar suas propriedades, já que o estado natural e livre não pode assegurar-lhes esse direito. Desse modo, é necessário constituir um Estado que garanta o exercício e a segurança da propriedade (GRUPPI, 1996).

Nesse caso, o Estado também surge de um contrato. Não o contrato segundo Hobbes, que gera um Estado absoluto, mas um Estado que, na visão de Locke, pode ser feito e desfeito como qualquer outro contrato. O Estado é soberano, mas sua autoridade vem somente do contrato que o faz nascer. Este é o fundamento liberal e progressista do pensamento de Locke. Nessa linha de pensamento, Locke polemiza com outro teórico do Estado, Robert Filmer (1588-1653), segundo o qual o poder estatal se originaria do poder divino. Ao defender a plena autonomia e a soberania absoluta do Estado moderno, da mesma forma que pensava Hobbes, Locke evidencia a contraposição a este argumento.

Bobbio & Bovera (1994) argumentam que sempre que o modelo jusnaturalista é refutado, isto se dá por parte de escritores políticos pós Revolução Francesa e também citam o exemplo de Robert Filmer e Carl Ludwig Von Haller.

Filmer apresenta a teoria da liberdade natural dos homens, na qual defende a afirmação de que os homens têm o direito de escolher a forma de governo que preferem. Para este autor, a única forma legítima de governo é a monarquia, fazendo a analogia entre o pai que tem o direito de comandar os filhos e o rei que tem a preocupação com todo o seu reino. Para Filmer, o poder é sempre descendente e a diferença entre a sociedade política e a sociedade familiar é apenas de grau.

Já para Von Haller (BOBBIO & BOVERA, 1994), os agrupamentos humanos denominados de Estado não diferem por natureza, mas somente em grau, das outras relações

sociais. Seu argumento é de que o Estado não é menos natural que as formas mais naturais da vida social e assim não é possível traçar diferenças entre estas e as sociedades chamadas civis.

Para Bobbio (2004), na realidade histórica, um processo de sociedade civil tal como idealizado por Hobbes e seus seguidores jamais existiu. No processo de evolução das instituições que precederam o Estado moderno, houve a passagem do Estado feudal para o Estado de estamentos, do Estado de estamentos para a monarquia absoluta, da monarquia absoluta para o Estado representativo. Porém, o Estado como produto da racionalidade, como se refere Hobbes, não saiu do intelecto de seus idealizadores.

Outras concepções de Estado são apresentadas por Carnoy (1992), baseadas nas teorias de Marx, Engels e Lênin. Segundo Carnoy, uma vez que Marx não desenvolveu uma teoria única e coerente sobre política ou sobre o Estado, as concepções marxistas de Estado são deduzidas das críticas de Marx a Hegel, do desenvolvimento da teoria de Marx sobre a sociedade, inclusive sua teoria de economia política, e de suas análises de conjunturas históricas específicas, como a revolução de 1848 na França e a ditadura de Napoleão ou a Comuna de Paris de 1871.

Hegel restabelece plenamente a distinção entre Estado e sociedade civil formulada pelos pensadores do século XVIII, mas põe o Estado como fundamento da sociedade civil e da família, e não o contrário. Hegel e Marx usam o termo “sociedade civil” no sentido da esfera das relações sociais distinta da esfera das relações políticas (BOBBIO, 2004, p. 34).

Para Hegel, não há sociedade civil se não existir o Estado, pois é o Estado que funda o povo e não o contrário, e a soberania é do Estado, portanto a sociedade civil é incorporada pelo Estado e de certa forma aniquila-se neste (GRUPPI, 1996)

Para Rousseau, o Estado dissolve-se na sociedade e a sociedade civil triunfa sobre a sociedade estatal. Para Hegel, ao contrário, é o Estado que triunfa sobre a sociedade civil e a absorve.

Na tradição jusnaturalista, denomina-se sociedade civil àquilo que hoje é chamado de Estado, ou seja, a entidade antiética ao estado de natureza.

No pensamento de Hegel, o Estado e a sociedade civil são distintos somente como conceitos, já que ele tem uma concepção organicista do Estado, onde o Estado também é um organismo ético, pois concretiza uma ação moral.

De acordo com Gomes (s/d), Marx apresenta a idéia de que o Estado não é um mero reflexo da vida econômica, mas sim tem uma autonomia relativa e significativa diante das

relações sociais de produção. Assim, o Estado desempenharia uma função de equilíbrio social entre as classes sociais, já que a sociedade ainda não estaria pronta para a total autonomia.

Marx situava a sociedade civil imersa na estrutura, a saber, na natureza, no mundo material e nas condições sócio-econômicas (DUPAS, 2003). Nessa linha, as relações entre os homens resultam das relações de oposição, antagonismo, exploração e complementariedade entre as classes sociais (GOLFE, s/d).

Como Marx, Gramsci também considera as ideologias como parte da superestrutura; mas ao contrário de Marx, que denomina de sociedade civil o conjunto das relações econômicas constitutivas da base material, Gramsci chama de sociedade civil a esfera na qual agem os aparatos ideológicos que buscam exercer a hegemonia e, através desta, obter o consenso. Neste ponto, Gramsci usa o significado jusnaturalista de sociedade civil, como sociedade fundada sobre o consenso. (BOBBIO, 2004).

Na tradição hegeliana e marxiana², Estado e Sociedade são tomados como entidades distintas e freqüentemente contraditórias (SCHWARTZMAN, 1982). Hegel distingue a sociedade civil, que é o estado da necessidade, do Estado, que representa a vontade geral, a unidade da vida política. Mais especificamente, para Hegel, a sociedade civil é o fenômeno do Estado, e o Estado a idéia da sociedade.

A primeira crítica de Marx à concepção hegeliana é a relação de dependência que Hegel estabelece entre a sociedade civil e o Estado. Para Marx, é a sociedade civil que é realidade essencial, sendo o Estado somente seu fenômeno, sua aparência, porque é na sociedade civil que o homem trabalha e vive sua vida real.

Para Hegel, a burocracia era a alma do Estado, e as atividades individuais dos servidores públicos tinham o sentido de uma função universal. Para Marx, no entanto, os burocratas faziam dessa função universal seu negócio particular (SCHWARTZMAN, 1982). Para Hegel, um pressuposto básico para essa burocracia era a organização da sociedade civil em corporações autônomas. Já para Marx, esse tipo de relacionamento entre Estado e sociedade civil levaria à criação de um outro tipo de corporação privada, a própria burocracia.

Marx considerava as condições materiais de uma sociedade como a base de sua estrutura social e da consciência humana. O Estado surge das relações de produção, não do desenvolvimento geral da mente humana ou do conjunto das vontades humanas. Para Marx, o

² Por concepção marxiana do Estado, entenda-se a interpretação da Teoria de Marx por outros teóricos do Estado. Por teoria marxista entenda-se a Teoria de Marx propriamente dita.

modo pelo qual as coisas são produzidas, distribuídas e consumidas determina as relações individuais.

“Na produção social de sua vida, os homens entram em relações determinadas, necessárias e independentes de sua vontade, relações de produção que correspondem a um grau determinado de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. A soma total dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem formas definidas de consciência social. O modo de produção da vida material condiciona, de forma geral, o processo de vida social, político e intelectual. Não é a consciência dos homens que determina sua forma de ser mas, ao contrário, é a sua forma de ser que determina sua consciência”. (MARX e ENGELS, 1964, p. 232, in CARNOY 1992).

Essa formulação sobre as origens do Estado contrapõe diretamente a concepção que Hegel tem do Estado racional, o Estado ideal que envolve uma relação justa e ética de harmonia entre os elementos da sociedade. Para Hegel, o Estado transcende à sociedade como uma coletividade idealizada, é eterno e não histórico, sendo assim mais do que as instituições meramente políticas. De forma contrária, Marx coloca o Estado em seu contexto histórico e tem uma concepção materialista da história. Para Marx, não é o Estado que molda a sociedade, mas a sociedade que molda o Estado. Esta, por sua vez, é moldada pelo modo dominante de produção e das relações de produção inerentes a esse modo.

Mais uma vez contrapondo as idéias de Hegel, Marx defende que o Estado, emergindo das relações de produção, não representa o bem-comum, sendo a expressão política da estrutura de classe inerente à produção. Hegel, e também Hobbes, Locke e Rousseau, viam o Estado como responsável pela representação da “coletividade social” (CARNOY,1992), que estava acima dos interesses particulares e de classes, assegurando que a competição entre os indivíduos e os grupos continuassem em ordem, enquanto os interesses coletivos seriam preservados nas ações do próprio Estado.

Em sua formulação de sociedade capitalista como uma sociedade de classes, dominada pela burguesia, seguiu-se a sua visão de que o Estado é a expressão política dessa dominação. Na verdade, Carnoy argumenta que o Estado é um instrumento essencial de dominação de classes nas sociedades capitalistas, não estando acima dos conflitos, mas sim profundamente envolvido neles. Como a burguesia, representada pela classe capitalista tem o controle do trabalho no processo de produção, essa classe, sendo dominante, estende seu poder ao Estado e a outras instituições.

Anteriormente, influenciado por Hegel, Marx definiu o Estado como sendo comunitário e representante dos interesses comuns, da mesma forma que Hegel. Além disso, ele percebia o Estado como separado do poder social. Desse modo, ele refutava a noção de Hegel de que a burocracia do Estado é o elemento universal na sociedade, representando os interesses comuns. Marx insistia que o Estado tinha vida própria, separada da sociedade civil, com seus interesses particulares.

No entanto, sob a influência de Hegel, em sua *Ideologia Alemã*, Marx apresenta uma visão da dinâmica social fundamentada na luta de classes, onde o Estado surge da contradição entre os interesses de um indivíduo e o interesse comum de todos. A comunidade se transforma em Estado, separado do indivíduo e da comunidade, porém baseado em relações com grupos particulares determinados pela divisão do trabalho. O moderno Estado capitalista seria, então, dominado pela burguesia, se tornando uma entidade separada, ao lado e externa da sociedade civil, sendo a forma de organização que a burguesia adota para fins internos e externos para a garantia mútua de sua propriedade e de seus interesses (MARX e ENGELS, 1964, p. 78, in CARNOY, 1992).

Marx e Engels também desenvolveram o conceito fundamental da relação entre as condições materiais da sociedade, sua estrutura social e o Estado. Defendendo a idéia de que o Estado tem suas origens na necessidade de controlar os conflitos sociais entre os diferentes interesses econômicos e que esse controle é realizado pela classe economicamente mais poderosa na sociedade, o Estado capitalista é uma resposta à necessidade de mediar o conflito de classes e manter a ordem, no sentido de reproduzir o domínio econômico da burguesia.

Assim, a repressão faz parte do Estado, já que a separação do poder em relação à comunidade possibilita a um grupo da sociedade usar o poder do Estado contra outro grupo. É a noção do Estado como aparelho repressivo da burguesia que caracteriza a visão marxiana do Estado.

Marx subordina o Estado à sociedade civil e é ela que define e estabelece a organização e os objetivos do Estado, de acordo com as relações materiais de produção, num estágio específico do desenvolvimento capitalista.

Como Marx não desenvolveu uma teoria específica do Estado, ou seja, esta se encontra dispersa no conjunto de sua obra, encontra-se em Gramsci uma leitura política das teorias marxianas sobre o Estado.

O conceito de Marx da sociedade civil como o momento estrutural pode ser considerado o ponto de partida para a análise de Gramsci. Em sua análise, Gramsci introduziu uma inovação na tradição marxista, a de que a sociedade civil não pertence ao momento estrutural, mas ao superestrutural (BOBBIO, 2004). Para Gramsci, a sociedade civil faz parte da superestrutura, ou seja, da cultura, do idealismo, do mundo do espírito e das condições subjetivas (DUPAS, 2003)

Dessa forma, Gramsci introduziu um novo dinamismo no processo histórico por meio da renovação da dialética entre a sociedade e o Estado. Ao inovar com relação à visão marxista, desejava que a sociedade civil exercesse uma função hegemônica sobre toda a sociedade, definindo o conteúdo ético do Estado. Por esta razão, Gramsci é distinguido como revisionista do marxismo (GOLFE, s/d), concebendo a ideologia como uma concepção de mundo e preocupando-se com a sua difusão na cultura popular.

Gramsci fez “o sujeito ativo livre para poder transformar a realidade” (DUPAS, 2003).

Para Gramsci, o Estado tem um papel fundamental, principalmente na cadeia de produção, quando a luta de classes evidencia a defesa dos interesses coletivos das classes dominantes em detrimento de seus interesses individuais, camuflada na forma da centralização do poder político e da intervenção estrutural do Estado na economia (GOMES, s/d).

Partindo ambos da obra de Hegel, Marx e Gramsci evoluíram em sentido oposto quanto ao conceito de sociedade civil: para o primeiro, a noção hegeliana de sociedade civil era entendida como o conjunto das relações econômicas; já o segundo interpretou-a como o complexo da superestrutura ideológica (PORTELLI, 1990). Embora para Marx e Gramsci a sociedade civil seja fundamental para a compreensão das relações capitalistas e sua reprodução, para Gramsci é a superestrutura que representa o fator ativo e positivo no desenvolvimento histórico; em vez da estrutura econômica, é complexo de relações ideológicas e culturais, da vida espiritual e intelectual, e a expressão política dessas relações que se tornam seu centro de análise (BOBBIO, 2004).

Em sua teoria, Gramsci imaginava a possibilidade de engendrar uma estratégia de revolução cultural a partir da sociedade civil que viria conquistar pacificamente a sociedade política, derrubando o capitalismo (GOMES, s/d).

Marx e Engels escreveram em *Ideologia Alemã* que a classe que tem os meios da produção material a seu dispor, tem o controle simultâneo sobre os meios de produção mental.

Gramsci acrescentou a essa idéia o conceito de hegemonia, que tem dois significados principais: o primeiro é um processo na sociedade civil pelo qual uma parte da classe dominante exerce o controle, por meio de sua liderança moral e intelectual, sobre outras frações aliadas da classe dominante. A fração dirigente detém o poder e a capacidade para articular os interesses de outras frações.

O segundo é a relação entre as classes dominantes e as dominadas. A hegemonia, nesse caso, compreende as tentativas bem sucedidas da classe dominante em usar sua força política, moral e intelectual para impor sua visão de mundo como inteiramente abrangente e universal. Para Gramsci, a hegemonia não é uma força de coesão. Ela é plena de contradições e sujeita ao conflito.

Em sua análise, Gramsci, combatendo as interpretações idealistas do marxismo, desenvolve conceitos particulares de hegemonia, bloco histórico, reforma intelectual e moral, além da revolução passiva, popular e cultural, na perspectiva de construção de um movimento socialista que viria de encontro aos ideais marxistas da época (SCHNORR, s/d).

Gramsci situa dentro da sociedade civil a luta pela hegemonia. O grupo que controla a sociedade civil é um grupo hegemônico; a conquista da sociedade política é o coroamento desta hegemonia. Como uma sociedade se estrutura em classes, para que uma classe possa se tornar dirigente de uma sociedade inteira deve se distinguir e conquistar a direção baseada na própria ideologia, na sua organização e na superioridade moral e intelectual.

Sobre esse aspecto, há que se fazer uma distinção entre dominação e direção. Para Gramsci, a hegemonia parte da capacidade de apontar soluções para os problemas sociais e trabalhar para solucioná-los. Esse conceito é fundamental no pensamento de Gramsci, diferindo substancialmente do conceito de dominação descrito por Lênin, onde a hegemonia seria decorrente do domínio da força e, assim sendo, estaria fadada a perder o poder para outra classe dirigente (GOLFE, s/d)

Além disso, a hegemonia de Gramsci se expressa na sociedade como o conjunto de instituições, ideologias, práticas e agentes que compreendem a cultura dos valores dominantes. Em sua análise, Gramsci coloca que a regulamentação da sociedade é obtida tanto pelo Estado como pela sociedade civil. Os meios dessa regulamentação são essencialmente, o uso da *força* pelo Estado e o uso da *ideologia* pela sociedade civil. O uso da força pelo Estado sobre o indivíduo, como membro de uma classe social, seria a dominação exercida pelo Estado sobre o indivíduo e sua classe, enquanto que o uso da ideologia pela

sociedade civil sobre o mesmo indivíduo, em sua classe social, se traduziria em seu consentimento espontâneo para a liderança dos organismos que constituem a sociedade civil, que organiza a ideologia que ele, o indivíduo, partilha. O resultado final do uso da força pelo Estado sobre o indivíduo é o de extrair sua submissão para a orientação do Estado, enquanto o resultado final do uso da ideologia pela sociedade civil é o de extrair sua lealdade espontânea para a liderança da sociedade civil (NETO, 1987).

A combinação de lealdade e submissão é o que Gramsci chamou de hegemonia, conceito-chave de toda a sua obra.

Para Gramsci, o Estado, como superestrutura, torna-se uma variável essencial, em vez de secundária, na compreensão da sociedade capitalista. Ele incorporou também o aparelho de hegemonia no Estado, bem como a sociedade civil e, por essa razão ampliou-o além do conceito marxiano do Estado como um instrumento coercitivo da burguesia. Portanto, o Estado é, ao mesmo tempo, um instrumento essencial para a expansão do poder da classe dominante e uma força repressiva, ou sociedade política, que mantém os grupos subordinados fracos e desorganizados.

Em sua concepção, Gramsci apresenta o desafio dos movimentos sociais populares que, em síntese, lutam pela efetivação de um projeto político transformador, baseado na construção e no exercício da cidadania, cuja essência é fundamentalmente um desafio político e cultural. Apontando a necessidade de se criar associações de cultura, de discutir as funções da escola e da imprensa na perspectiva da classe trabalhadora, Gramsci insistiu na necessidade de criar espaços culturais que permitissem integrar a atividade política e econômica à questão cultural (SCHNORR, s/d).

Ao definir o Estado como uma instituição formada por dois grandes planos superestruturais – a sociedade civil, onde se constrói o consenso, e a sociedade política, onde se exerce a coerção, Gramsci constatou que o poder estatal não era legitimado somente por meio da dominação, mas também por meio de uma hegemonia revestida de coerção (MONDAINI, s/d). No entanto, sua idéia de hegemonia não estava limitada ao campo restrito da política, mas invadia o espaço da cultura, até então ignorado pelo marxismo (MONDAINI, s/d).

A noção de sociedade civil é originária de Hegel. Marx, em sua interpretação, estabelece que é o conjunto das relações econômicas que determina a sociedade civil. Gramsci a interpreta como o complexo da superestrutura ideológica, dada pela trama das

relações que os homens estabelecem em instituições como as escolas, os partidos, a Igreja, os sindicatos e outros (GOLFE, s/d)

Contudo, Carnoy (1992) coloca que existem várias definições de hegemonia e do lugar que nela ocupa o Estado na visão de Gramsci. Na primeira definição, existe uma oposição entre o Estado e a sociedade civil; a hegemonia diz respeito à sociedade civil e a coerção ao Estado. Na segunda definição, o Estado inclui a sociedade civil, ele abrange a sociedade civil. Nesse caso, a hegemonia não é um pólo de consentimento oposto a outro pólo de coerção, mas é a síntese de consentimento e coerção. Na terceira definição, o Estado e a sociedade civil são idênticos e assim, o consentimento e a coerção tornam-se co-extensivos ao Estado, e a hegemonia é inseparável dos próprios aparelhos do Estado. Inexiste a distribuição da hegemonia entre a sociedade civil e sociedade política; o Estado é igual à própria formação social, incluindo os aparelhos governamentais e privados.

Segundo Carnoy (1992), é a abordagem da hegemonia e da ideologia em Gramsci que explica o desenvolvimento a consciência da classe trabalhadora, imprescindível em qualquer análise política marxista.

Castells (1979), em sua análise do pensamento de Gramsci, ressalta que a sociedade civil é o espaço intermediário entre o Estado e os cidadãos, no qual as instituições do Estado e as organizações populares podem interagir, trocar e negociar interesses e valores, em uma espécie de co-governança. Assim, a sociedade civil não seria contra o Estado, mas sim um canal para a sua transformação, a partir da pressão organizada da sociedade, sem limitar o processo democrático representativo às eleições e à política formal.

A transformação social proposta por Gramsci está baseada no crescimento do nível cultural, na formação da consciência e na formação intelectual e moral da sociedade. Como crítico do marxismo, procurou introduzir novas concepções e ampliar as discussões sobre o papel do Estado e da sociedade civil (GOLFE, s/d).

Em sua análise da obra de Gramsci, Portelli (1990) apresenta o conceito de Gramsci de sociedade civil como sendo a das organizações ditas privadas, que são “o conteúdo ético do Estado” (PORTELLI, 1990, p. 20). Essa concepção corresponde ao que Marx, em suas últimas obras, distingue como o aparelho de Estado e o que ele chama de sociedade. Ao tratar o Estado como uma realidade independente, possuidora de seus próprios fundamentos intelectuais, morais e livres e a sociedade como o fundamento intelectual e moral do Estado, Portelli (1990) faz a analogia entre os conceitos de Marx e Gramsci sobre sociedade civil.

Outro autor decisivo nas ciências sociais que realizou uma leitura crítica sobre o Estado foi Max Weber, que introduz o conceito de patrimonialismo para se referir às formas de dominação política em que não existem divisões nítidas entre as esferas de atividade pública e privada. Para Weber, o patrimonialismo era um tipo de dominação tradicional, com maior concentração de poder discricionário, combinado com maior instabilidade nos sistemas patrimoniais (SCHWARTZMAN, 1982).

Weber descreve a sociedade política como aquela cuja existência e ordem são continuamente salvaguardadas no interior de uma determinada área territorial pela ameaça e pela aplicação da força física por parte do pessoal administrativo. Uma organização política é um Estado quando consegue deter o monopólio legítimo do uso organizado da força no interior de um dado território (GIDDENS, 1994).

Weber também define o poder como sendo a probabilidade por parte de um dado agente de conseguir realizar os seus próprios objetivos, mesmo que para tal tenha de entrar em oposição a outros com os quais mantém uma relação social. Neste sentido, toda a relação social é, em certa medida e em certas circunstâncias, uma relação de poder. O conceito de dominação difere e é mais específico; ocorre apenas nos casos de exercício de poder em que um agente obedece a uma ordem específica dada por outrem (GIDDENS, 1994). Para Weber, o principal pilar da dominação é o caráter legítimo de que a subordinação se reveste aos olhos dos próprios subordinados.

Weber conceitua três tipos ideais de legitimidade como base da relação de domínio: a tradicional, onde os governantes não se apóiam para o exercício de sua autoridade em qualquer corpo especializado de funcionários administrativos; nesta relação de domínio estão incluídos o patriarcalismo e o patrimonialismo.

O segundo tipo, a dominação legal, onde os privilégios e os deveres encontram-se sujeitos a modificações, de acordo com as inclinações dos governantes e não há processo racional para fazer as leis.

O terceiro tipo de dominação, a carismática, difere completamente dos outros dois tipos. Tanto a dominação tradicional como a legal eram sistemas de administração permanentes, desempenhando tarefas de rotina relacionadas com a vida cotidiana. No caso da dominação carismática, esta pode manifestar-se nos mais diversos contextos sociais e históricos, já que as figuras carismáticas podem aparecer a qualquer tempo, em qualquer sociedade e suas ações influenciam o curso da evolução de civilizações inteiras.

Segundo Weber, este tipo de ocorrência é um fenômeno essencialmente irracional e reveste-se de grande importância como força revolucionária que se manifesta no âmago de sistemas de dominação tradicionais (GIDDENS, 1994). Desse modo, a dinâmica revolucionária não pode ser explicada como uma seqüência racional da evolução histórica e Weber então rejeita todas as teorias gerais da evolução histórica do Estado, inclusive o hegelianismo e o marxismo.

Na sua análise das noções de classe, grupo social e partido, Weber considera-as como as três dimensões da estratificação, onde cada uma delas seria conceitualmente independente das outras, especificando, no entanto, que cada uma delas pode influenciar casualmente as outras (GIDDENS, 1994).

Giddens afirma que, tal como Marx, Weber não chegou a fazer uma análise completa da noção de classe e sua relação com as outras bases da estratificação social. Sua concepção de classe está assentada numa análise mais geral da ação econômica em um determinado mercado.

Assim, Weber define a ação econômica como uma conduta que busca adquirir, por meios pacíficos, o controle dos bens úteis desejados, aí estando incluídos os bens e os serviços.

A partir do momento em que o mercado se diferencia da troca direta para a ação econômica especulativa, tendo em vista os lucros obtidos através de um comércio competitivo, as relações econômicas se libertam das obrigações inerentes a uma estrutura fixa e local, sendo este o ponto de partida para as lutas de classe, onde as situações de classe são definidas pelas semelhanças experimentadas pelos indivíduos de uma mesma atividade.

Concordando com o pensamento de Marx, Weber reconhece que a posse ou a ausência de posse de propriedade é a principal distinção em que se baseia a divisão de classes em um mercado competitivo. No entanto, o conflito de classes só surge quando a distribuição desigual das oportunidades de vida não é considerada como fato inevitável e a consciência de classe se desenvolve (GIDDENS, 1994).

A estratificação por grupos sociais não constitui, segundo Weber, uma mera ramificação da hierarquia de classes. Ao contrário, os grupos sociais, que se distinguem claramente das classes, têm desempenhado funções fundamentais em várias fases da evolução histórica, influenciando, inclusive, o funcionamento do mercado (GIDDENS, 1994).

O grau de estratificação por grupos sociais que se verifica em qualquer ordem social é função da rapidez com que se processa nessa sociedade a transformação econômica. Ser membro de classes ou grupos sociais está na base do poder social, no entanto a constituição de partidos políticos constitui uma influência mais poderosa e independente, sobre a distribuição do poder

Segundo Weber, o desenvolvimento do Estado moderno fez-se acompanhar do desenvolvimento dos partidos políticos de massa e do aparecimento de políticos profissionais, geralmente membros das classes que vivem de sua própria renda e não da renda dos empresários. Este fato, no entanto, não impede que esses políticos adotem uma política de proteção exclusiva dos interesses da classe ou grupo social a que pertencem, caracterizando o patrimonialismo presente em diversos Estados contemporâneos.

Assim, o patrimonialismo é um tipo de dominação tradicional e o seu conceito é aplicado em análises que tratam das sociedades contemporâneas (SCHWARTZMAN, 1982). Como os Estados modernos se formaram à margem da revolução burguesa, podem ser considerados “estados patrimoniais”, cuja forma atual de dominação política é a burocracia, característica essencial das formas modernas de dominação política, exercida pela sociedade política que não possui propriedades nem status social por mérito próprio.

Em síntese, Weber afirmava que as formas modernas de dominação burocrática teriam surgido como resultado de duas forças conflitantes: a centralização crescente do poder e o aumento crescente da participação política nas modernas sociedades de massa, e se mostrou adequada às necessidades do capitalismo moderno.

Weber também discorre sobre algumas características do patrimonialismo que levam a divisões políticas, passíveis de surgir nos Estados que apresentam esse tipo de dominação. A primeira característica é que Estados patrimoniais tendem a se desenvolver como civilizações urbanas; a segunda é que existe uma tensão clássica entre o governante e seus prepostos; e a terceira é que há sempre um padrão de beligerância contínua entre o Estado patrimonial e outros Estados vizinhos.

No caso brasileiro, a coexistência de um Estado com fortes características patrimoniais, levou à tentativa de organização da sociedade em termos corporativos tradicionais, criando uma estrutura legal e de representação de classes que perdura até os dias de hoje. Ao mesmo tempo, no entanto, o mercado se expandia, a sociedade se tornava mais complexa e formas de autônomas de organização e participação política começavam a surgir.

Assim, a existência de um Estado forte centralizado e patrimonialista impediu a emergência de grupos políticos autônomos, não permitiu o estabelecimento de mecanismos de disputa política através de negociações diretas e estimulou a criação de relações de dependência entre o Estado central e os diversos grupos sociais, cada qual buscando privilégios especiais em um contexto de dependência e subordinação (SCHWARTZMAN, 1982).

Apesar da diversidade de situações econômicas e histórico-estruturais nas diversas sociedades latino-americanas, o que caracteriza todos os países dessa região é a situação de dependência, conseqüência, segundo Kowarick (1985) das transformações do capitalismo mundial.

Este autor coloca o Estado como uma dinâmica contraditória das classes sociais, ou seja, de uma ação política que cria as condições para a reprodução e expansão do capital e as formas de apropriação excedentes. Por um lado, Kowarick defende a idéia do Estado como organizador de uma sociedade, tornando-se onipotente porque as classes sociais são fracas. Por outro lado, afirma que o erro está em focalizar o Estado como um instrumento total e direto de realização de interesses da burguesia, ou seja, assim é a burguesia, assim é o Estado. Dessa forma, fica claro que a idéia de contradição é fundamental para compreender o caráter do Estado.

Há uma tradição intelectual de pesquisadores que estudam a América Latina que procura demonstrar a instabilidade política latino-americana (IANNI, 1986). A característica mais comum da vida nacional seria a instabilidade de governos e regimes, onde o processo democrático é regularmente interrompido por golpes, revoluções e contra-revoluções. Nota-se a insistência na idéia de que as sociedades nacionais estão marcadas pela ilegitimidade política, onde a independência e a formação dos Estados nacionais se dão sob o signo da ilegitimidade (IANNI, 1986).

Esta interpretação implica numa definição de sociedade civil, onde esta seria débil, amorfa e carente de mando. Justificaria assim o Estado forte, que se impõe como se fosse a única força organizada da sociedade. Assim, a sociedade civil é vista como heterogênea, desconexa, esgotada e expressada na multidão, geralmente anárquica e perigosa.

Ianni também coloca que uma das características da revolução burguesa na América Latina é a dominação sem hegemonia, garantida pelo uso da força e não pela eficácia da persuasão. Assim sendo, a sociedade civil se desenvolve de maneira precária, beneficiando-se de maneira ínfima da revolução burguesa. O bloco do poder se exerce no espaço da sociedade

nacional, beneficia-se das forças produtivas disponíveis, expande o seu poder sobre as classes sociais que se formam, desenvolve o capitalismo e dinamiza o mercado, mas a sociedade, em suma, o povo, não tem acesso aos benefícios políticos e culturais, já que o desenvolvimento só favorece as classes dominantes. O Estado se apresenta como poder e violência concentrados nas mãos dos representantes das classes dominantes (IANNI, 1986)

Não restam dúvidas de que o Estado capitalista é um Estado burguês que, apesar de expressar os interesses das classes hegemônicas, expressa esses interesses de classe de forma contraditória, em função da condensação da relação das forças sociais. O Estado é o resultado da aliança de várias frações de classe que têm interesses conflitantes e que variam de acordo com o processo histórico (KOWARICK, 1985).

Também é visível o fato de que, além das funções tradicionais, o Estado adquire uma presença crescente no processo de valorização do capital e isto agrega uma nova conotação ao Estado. O novo caráter do capitalismo monopolista reside no fato de que uma grande parcela da riqueza é criada pelo Estado. É uma propriedade teoricamente coletiva que, apesar disso, se privatiza no sentido de servir ao capital e, assim se transforma em uma alavanca poderosa da acumulação privada de riquezas.

No entanto, para que não haja uma anarquia no processo de acumulação apoiado nas forças produtivas através do aumento da produtividade do trabalho, o Estado necessita impor limites ao capital para respeitar a sua força de trabalho de maneira rentável. Kowarick (1985) adverte que as necessidades sociais atendidas pelo Estado são o mínimo pensado para lubrificar a engrenagem econômica. Nesse sentido, os planos e políticas sociais reduzem e instrumentalizam o “social” às necessidades econômicas do Estado.

2.2 Políticas públicas na relação Estado e Sociedade Civil

Como o objeto de estudo situa-se no campo de análise das políticas públicas de saúde, verifica-se a necessidade de desconstruir o conceito de políticas públicas para o devido entendimento do processo de sua formulação na relação entre o Estado e a Sociedade Civil.

Na história política contemporânea, partidos políticos, sindicatos, cooperativas e associações têm sido os atores-chave na luta pela ampliação das capacidades de organização política e civil da sociedade. A partir do último terço do século XX, é indiscutível a ênfase colocada nos movimentos sociais, incluindo a ampla gama de ações cidadãs de reivindicações

de direitos, desde as não-estruturadas até aquelas significativamente formalizadas. Assim, pode-se dizer que o denominador comum que dá continuidade às formas e conteúdos da luta popular é a necessidade de participar da definição dos destinos da sociedade (GRAU, 1998).

Os modelos de organização e as relações que se estabelecem são variados, mas a essência é a obtenção de espaços crescentes de liberdade coletiva e um papel determinante na vida social desde a sua base.

Grau (1998) argumenta que o movimento em favor do fortalecimento da esfera pública não significa necessariamente uma relação explícita e menos direta com o Estado. No entanto, há uma forte tendência de favorecer as políticas de influência direta e de inclusão dos movimentos sociais no Estado. Sob este aspecto, uma nova expressão surge a partir do final da década de 60: a noção de participação cidadã que, desligada da noção de participação comunitária, refere-se à participação política e manifesta a intervenção direta dos agentes sociais em atividades públicas. Dessa maneira, há um fortalecimento da sociedade civil, que se torna também política ao procurar exercer os direitos que lhe são pertinentes.

A idéia de sociedade civil está ligada ao pensamento liberal, que ganha projeção a partir do século XVIII e representa a sociedade dos cidadãos. O termo *civil* significa que a sociedade é formada por cidadãos, ou seja, aqueles que têm direitos e deveres na sociedade em que vivem (VIEIRA, 2001). Muito embora a noção dos deveres dos cidadãos tenha sido clara e amplamente difundida em quase todas as sociedades, a idéia de que estes tivessem também direitos, e devessem exercê-los, é uma concepção relativamente nova, advinda principalmente dos movimentos em prol da democracia surgidos a partir da Revolução Francesa.

Em sua reflexão, Bobbio (1992) diz que direitos do homem, democracia e paz são três momentos necessários do mesmo movimento histórico – sem direitos do homem reconhecidos e protegidos não há democracia; sem democracia, não existem as condições mínimas para a solução pacífica dos conflitos. Em outras palavras, a democracia é a sociedade dos cidadãos, e os súditos se tornam cidadãos quando têm reconhecidos direitos fundamentais; assim é possível conseguir a paz estável, onde não haja a guerra como alternativa, já que os cidadãos não serão mais deste ou daquele Estado, mas do mundo.

O princípio democrático, nos moldes das liberdades e direitos formais, tem como sua expressão máxima o direito de cidadania, que tem o seu auge no Estado de Bem-Estar social. O conceito de cidadania está ligado ao conceito de povo que modernamente provém da

elaboração do conceito de Estado-nação: o povo é uno, dele emana a vontade geral que constituirá os governos, com a tendência de identidade e homogeneidade internas claramente delimitadas (OLIVEIRA, 2005).

O termo *civil*, que indica cidadão, ganha complexidade com o passar do tempo. Os direitos mais restritos, existentes dentro do conceito de cidadão, transformam-se em muitos direitos de cidadania e tornam-se direitos civis – as garantias individuais; direitos políticos e, posteriormente, direitos sociais.

Os direitos sociais são relativamente recentes, começam a surgir após a Primeira Guerra Mundial, e se fortalecem após o final da Segunda Guerra, onde, em alguns países industrializados, surge o chamado Estado de Bem-Estar Social. Portanto, a idéia de sociedade civil sugere a idéia de cidadania de uma sociedade criada dentro do capitalismo, de uma sociedade vista como um conjunto de pessoas iguais em seus direitos (VIEIRA, 2001).

Assim, as políticas sociais devem ser vistas de forma dinâmica, como resultado do confronto de interesses entre o Estado e a sociedade civil, e do conflito entre as classes antagônicas e de frações de classes divergentes no bloco do poder (CARVALHO, 1985).

Nas formulação das políticas econômicas, educacionais e sociais, bem como das políticas voltadas para o mercado de trabalho, o estabelecimento de organismos tripartites – compostos pelo trabalho, pelo capital e por representantes do Estado – tornou-se um instrumento amplamente empregado na elaboração da política em si. Isto permite que as negociações e as relações intergrupais tenham um grau considerável de influência sobre as políticas públicas (OFFE, 1989). Dessa forma, cada vez mais o Estado é confrontado com as demandas da sociedade e pressionado para atender suas necessidades.

De uma maneira geral, o Estado Social significa a adaptação do Estado tradicional às condições econômicas e sociais da civilização industrial e pós-industrial, período caracterizado por grandes possibilidades técnicas, econômicas e sociais e também por seus grandes problemas. Cada Estado em particular é visto como uma associação política em particular, em concorrência com os demais, pela aquisição e acumulação do capital, que proveria com as condições ideais para também adquirir o poder. Da coalizão entre o Estado nacional com o capital surgiu a burguesia, no sentido moderno do termo (OLIVEIRA, 2005).

Na América Latina, ao contrário do ocorrido nas nações desenvolvidas, o Estado foi concebido pelo poder oligárquico e imposto ao resto da sociedade. Os Estados nacionais,

portanto, funcionavam como veículos da consolidação de nações formadas a partir dos interesses das oligarquias regionais e da extensão dos sistemas econômicos. (PINHEIRO, 1995).

Em sua evolução, as sociedades modernas têm apresentado como principal característica a diferenciação social. Além de possuir atributos diferenciados, como sexo, religião, estado civil, renda, escolaridade e outros, seus membros também possuem idéias, valores, interesses e aspirações diferentes que os levam a desempenhar papéis variados no decorrer de sua existência. Além de tornar a vida em sociedade complexa, freqüentemente envolve conflitos, seja de opinião, valores ou interesses (RUA, 1997).

Para resolver esses conflitos, ou pelo menos mantê-los dentro de limites administráveis, o Estado possui as alternativas da coerção ou da política. Entre outros fatores, o problema da coerção é que, quanto mais ela é utilizada, menor é o seu impacto e maior o seu custo (RUA, 1997).

Segundo Schmitter (1979), a política sendo a resolução pacífica de todos os conflitos, consistindo no conjunto de procedimentos formais e informais que expressam as relações de poder e que se destinam a promover a resolução pacífica dos conflitos na esfera pública, esta é utilizada como alternativa mais estratégica pelo Estado, pois apesar de envolver a coerção, não se limita a ela.

As políticas públicas são, então, resultados da atividade política que compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação de valores. Sua dimensão pública é dada não somente pelo tamanho do agregado social sobre o qual incidem, mas, sobretudo pelo seu caráter imperativo, já que são ações e decisões revestidas da autoridade soberana do poder público (RUA, 1997).

Offe (1984) argumenta que o desenvolvimento da política social não pode ser explicado somente a partir de necessidades, interesses e exigências da sociedade, mas sim que esse processo de transformação das demandas em políticas é sempre mediado por estruturas internas de organização do sistema político. Essas estruturas, na verdade, decidem se tais demandas podem ou não ser admitidas como temas que mereçam ser atendidos.

Desse modo, as políticas públicas resultam do processamento das demandas originadas no interior do sistema político e tentam atender reivindicações de amplos setores da sociedade ou de alguns grupos específicos, quando o atendimento das necessidades requer a ação do Estado.

As políticas sociais são ações governamentais que visam elevar a qualidade de vida da sociedade de forma mais equânime e justa e devem ser executadas com a participação da sociedade, representada por suas entidades, de modo a defender os interesses gerais da população (BERRO, s/d)

Segundo Molina (2002), as políticas e programas sociais na América Latina têm seguido um caminho inflexível e vertical, no qual as ações empreendidas respondem às decisões previamente tomadas e geralmente sem consulta aos maiores interessados. Por este motivo, não raras vezes, essas demonstram serem alheias às realidades que enfrentam, mostrando-se inapropriadas, especialmente em relação aos seus beneficiários. Gaetani (1997) denomina as políticas sociais como as primas pobres da família das políticas públicas, representando as dificuldades crônicas do país e sempre preteridas em função da escassez de recursos e de vontade política.

Somente nos últimos anos é que este processo tem começado a mudar e, em consequência, uma maior flexibilidade no processo obriga a repensar tanto o alcance dos diferentes componentes que o conformam como a maneira como estes se relacionam entre si.

Molina denomina essa mudança como um modelo interativo de formação de políticas e programas sociais, que tem por objetivo propor um processo de formulação e implementação de políticas que se caracteriza por uma íntima relação entre seus componentes-chaves, de maneira que esta interação possa responder aos interesses dos diferentes envolvidos.

Assim, a inflexibilidade tradicional da formulação de políticas seria rompida e haveria uma maior pertinência da ação pretendida. Este seria o processo que permite que, na prática, seja desenvolvido o conceito de gerência social pretendido pela maioria dos formuladores de políticas.

Rua (1997) define a política pública como um conjunto de decisões que se traduzem em ações, estrategicamente selecionadas dentro de um conjunto de alternativas conforme uma hierarquia de valores e preferências dos interessados. A dimensão é pública por causa do tamanho do agregado social sobre o qual incide, mas, sobretudo por seu caráter imperativo, já que está revestido da autoridade legítima e soberana do poder público.

Assim, essa definição incorpora três elementos:

- A importância das decisões, base de toda política, já que em toda política o conflito de interesses está sempre presente, dada a variedade de enfoques e interesses em jogo.

- A existência de ações, já que política pública é aquela que é executada.
- O alcance do público, caracterizado pela legitimidade e autoridade que têm, por excelência, os governos democráticos, principais formuladores de políticas públicas.

Uma outra definição é dada por Nioche (1997), que define política pública como uma seqüência de ações que se traduzem em uma resposta mais ou menos institucionalizada a uma situação julgada problemática. Como na definição de Rua (1997), nesta definição também se destacam os três elementos citados:

- O conflito latente que origina as decisões, que posteriormente se traduzem em ações;
- A pluralidade e a diversidade na tomada de decisão;
- O caráter do que é público, em função do caráter institucionalizado de quem provê a resposta.

Desse modo, a análise de uma política pública deve envolver necessariamente esses aspectos, apesar da complexidade que envolve a definição dos termos “institucionalidade” e “legitimidade” citados pelo autor.

O processo de formulação de políticas sociais, conforme aponta a literatura, segue diferentes modelos. Esses modelos, ainda segundo Molina, identificam e descrevem as atividades que normalmente ocorrem nos processos de formulação de políticas e programas e dependem do curso da interação entre os atores durante os processos de negociação.

Assim, um modelo de formulação de políticas sociais apresenta pelo menos cinco características principais:

- O alcance estendido de seus componentes essenciais;
- O caráter interativo de seus componentes;
- O exercício participativo na orientação e alcance de suas atividades;
- A forma democrática na tomada de decisão;
- O equilíbrio entre os diferentes componentes do modelo.

Da mesma forma, os componentes tradicionais presentes em um modelo de formulação de políticas sociais seriam:

- A definição do problema;
- A geração e a seleção das alternativas;
- A gestão da opção selecionada;
- O monitoramento e a avaliação.

2.2.1 Conceitos básicos da análise de políticas públicas no Brasil

Como mencionado na definição de políticas públicas, estas requerem a existência de um problema reconhecido, que sejam tomadas decisões com respeito às ações a serem seguidas, que sejam executadas estas decisões e é preciso avaliá-las como atividade necessária para o reconhecimento dos resultados que estão sendo obtidos.

Esse campo de investigação ganhou espaço e importância dentro das ciências política e administrativa e a discussão teórico-metodológica que surgiu nos países desenvolvidos, onde já existiam regimes democráticos consolidados, foram trazidos pelos pesquisadores para os países em desenvolvimento e com democracias emergentes com o objetivo de racionalizar a formulação e a análise de políticas públicas, de maneira a permitir sua efetivação no campo político e social.

Frey (2000) distingue três abordagens na análise de políticas públicas. Em primeiro lugar, salienta o questionamento clássico do sistema político vigente, onde a validade do regime implantado é confrontado com a proteção e a felicidade dos cidadãos. Em segundo lugar, o autor faz o questionamento político efetivamente dito, referindo-se às forças cruciais no processo decisório. E em terceiro lugar, analisa os resultados que um dado sistema político vem produzindo. Neste caso, o interesse primordial consiste na avaliação das contribuições que certas estratégias escolhidas podem trazer para a solução de problemas específicos.

O autor corrobora que o interesse na análise de políticas públicas não se restringe meramente a aumentar o conhecimento sobre planos, programas e projetos desenvolvidos e implementados, mas visa interpretar as inter-relações entre as instituições políticas, o processo político e os conteúdos da política propriamente dita.

É importante mencionar que nos seus argumentos, Frey (2000) leva em consideração o fato de que o instrumento analítico-conceitual foi elaborado nos países industrializados e, portanto, deve ser ajustado às particularidades das democracias emergentes. As peculiaridades socioeconômicas e políticas desses países não podem ser tratadas da mesma forma como o são nas democracias mais consolidadas.

Assim, segundo Frey, a literatura diferencia três dimensões da análise da política. A dimensão institucional, que se refere à ordem do sistema político e à estrutura institucional do sistema político-administrativo; a dimensão processual, que diz respeito à imposição dos objetivos, aos conteúdos e às decisões de distribuição; e a dimensão material, que se refere

aos conteúdos concretos, à configuração dos programas políticos, aos problemas técnicos e ao conteúdo material das decisões políticas.

Todavia, é preciso considerar que estas dimensões são entrelaçadas e se influenciam mutuamente, e estão sujeitas a mudanças ao longo do tempo, transformando e reestruturando o processo político que leva à formulação das políticas públicas.

Dentro desse conceito, é preciso também definir as redes políticas. De acordo com Hecl, citado por Frey (2000) estas seriam as interações das diferentes instituições e grupos tanto do executivo, como do legislativo e da sociedade na elaboração e na implementação de uma determinada política. Miller (1994) define estas interações como sendo as redes de relações sociais que se repetem periodicamente, mas que são menos formais e delineadas do que as relações sociais institucionalizadas, onde está prevista a distribuição real dos papéis organizacionais. No entanto, essas redes sociais devem ser suficientemente regulares, para que possa surgir a confiança necessária entre seus integrantes e se estabelecer valores e opiniões comuns.

Na análise de políticas públicas essas redes sociais assumem grande importância, especialmente enquanto fatores dos processos de conflito e de coalizão político-administrativa. Frey (2000) observa que no caso da realidade política das democracias mais consolidadas, os membros destas redes tendem a rivalizar-se, mas acabam por criar laços internos de solidariedade, o que lhes possibilita se defender e agir contra os que são considerados concorrentes. No caso brasileiro, na luta pelos escassos recursos financeiros, essas disputas tornam-se particularmente acirradas, comprometendo algumas vezes a capacidade de ação, mas fortalecendo, por outro lado, os grupos mais integrados e atuantes.

Ainda dentro desses conceitos, surge a arena política, referente aos processos de conflito e de consenso dentro das diversas áreas de política, e que podem ser distinguidas de acordo com seu caráter distributivo, redistributivo, regulatório ou constitutivo (FREY, 2000).

Na abordagem de análise de políticas de Frey surge o que ele chama de ciclo político. Como as redes sociais e as arenas das políticas setoriais sofrem modificações no decorrer dos processos de elaboração e implementação das políticas, o ciclo político se apresenta como as fases correspondentes da seqüência político-administrativa que determinam o caráter constitutivo da política. Essas fases podem ser denominadas de percepção e definição de problemas, inserção na agenda, elaboração de programas e processo decisório, implementação das ações e finalmente avaliação da política.

Durante a análise do ciclo político é fornecido o ambiente de referência para a comparação das diversas fases do processo político-administrativo que possibilita a identificação das causas e das dificuldades do processo de resolução de um problema.

2.3 As políticas públicas de saúde no contexto histórico brasileiro

A historiografia da saúde pública no Brasil aponta alguns marcos importantes na atenção à saúde da população e combate às epidemias e doenças, especialmente durante o século XX.

Como a evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente com a evolução política, social e econômica da sociedade brasileira, não é possível dissociá-las, já que o processo evolutivo foi consequência do avanço do capitalismo no Brasil, sofrendo forte influência do capitalismo internacional (MARQUES, 2003).

As reformas das instituições políticas ao longo dos anos 80, especialmente a retomada das eleições diretas em todos os níveis de governo a partir de 1982 e as deliberações da Constituição Federal de 1988, recuperaram as bases federativas do Estado brasileiro, suprimidas durante a ditadura militar. Posteriormente, nos anos 90, com a institucionalização do Estado federativo completada, implementou-se um extensivo programa de descentralização, particularmente na área das políticas sociais (ARRETCHE, 2002).

Até os dias atuais, a saúde não ocupou um lugar prioritário dentro da agenda pública governamental brasileira, ocupando sempre posição periférica tanto no que diz respeito à solução de grandes problemas de saúde pública que afligem a população quanto na destinação de recursos para o setor saúde (POLIGNANO, s/d). Marques (2003) apresenta três modelos hegemônicos de saúde pública no Brasil, durante o último século. O primeiro, vigente no início do século XX, foi determinado pelo ideário sanitário-campanhista; o segundo, que começou com a decadência da economia agroexportadora no País, foi o modelo médico-assistencialista; e o terceiro, a partir da década de 80, foi o modelo neoliberal de assistência à saúde.

De 1500 até o Primeiro Reinado, o Brasil não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população, e nem mesmo interesse, por parte de Portugal, em criá-lo. Deste modo, a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra, como plantas e ervas e àqueles que desenvolviam suas habilidades na arte de curar, como os curandeiros.

A vinda da família real para o Brasil criou a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de suportar o poder que se instalava no Rio de Janeiro. Assim, até pelo menos 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas à delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e ao controle de navios e saúde nos portos (POLIGNANO, s/d).

Obviamente, a falta de um modelo sanitário para o País deixava as cidades brasileiras à mercê das epidemias. Do início da República até as primeiras décadas do século XX, o Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças que acometiam a população, como a varíola, a malária, a febre amarela e até mesmo a peste bubônica, o que acabou gerando sérias conseqüências tanto para a saúde pública quanto para outros setores da economia, visto que os navios não mais atracavam em função da situação sanitária da cidade.

As campanhas implementadas por Oswaldo Cruz e, posteriormente por Carlos Chagas, conseguiram erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro e fortalecer o modelo de proposta de intervenção na área da saúde coletiva que vigorou por várias décadas. Com a criação de órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas e com a assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial, expandiram-se as atividades de saneamento para outros estados (MARQUES, 2003).

No Brasil, é indiscutível o papel do Estado no impulso para a industrialização, na implementação da racionalidade administrativa, na unificação da educação e da cultura, e no reconhecimento dos direitos, situação que Gramsci qualificou de “revolução passiva”. Ao contrário do que foi pregado pelo marxismo, o Brasil passou por um processo de modernização capitalista sem realizar uma “revolução democrático-burguesa” ou de “libertação nacional”, conforme o modelo jacobino: o latifúndio pré-capitalista e a dependência em face do imperialismo não foram obstáculos insuperáveis ao desenvolvimento capitalista do País.

Por um lado, gradualmente, a grande propriedade latifundiária transformou-se em empresa capitalista agrária; e por outro, com a internacionalização do mercado interno, a participação do capital estrangeiro contribuiu para reforçar a conversão do Brasil em um país industrial e moderno, com uma alta taxa de urbanização e uma complexa estrutura social. Ambos os processos foram incrementados pela ação do Estado: ao invés de ser o resultado de movimentos populares, ou seja, de um processo dirigido por uma burocracia revolucionária,

que arrastasse consigo as classes camponesas e os trabalhadores urbanos, a transformação capitalista teve lugar graças ao acordo entre as frações das classes economicamente dominantes, com a exclusão das forças populares e a utilização permanente dos aparelhos repressivos e de intervenção econômica do Estado.

Nesse sentido, todas as opções concretas enfrentadas pelo Brasil, direta ou indiretamente ligadas à transição para o capitalismo, desde a independência política ao golpe de 1964, passando pela Revolução de 1930, encontraram uma solução elitista e antipopular (COUTINHO, 1999, p. 196).

Vieira (1995) classifica os momentos políticos do Brasil no século XX em três períodos distintos: o primeiro período, que ele denomina de *período de controle da política*, corresponde à ditadura de Getúlio Vargas e ao populismo nacionalista, com influência para além de sua morte em 1954; o segundo período, denominado de *política do controle*, cobre a época da instalação da ditadura militar em 1964 até a conclusão dos trabalhos da Constituinte de 1988; e o terceiro período, que ele denomina de *política social sem direitos sociais*, vem de 1988 até os dias atuais.

Nos dois primeiros períodos, a política social brasileira, compõe-se e recompõe-se, conservando em sua execução o caráter fragmentário, setorial e emergencial, sempre sustentada pela necessidade de dar legitimidade aos governos, que buscam as bases sociais para manter-se e aceitam seletivamente as reivindicações e até mesmo as pressões da sociedade.

O terceiro período caracteriza-se pelo acolhimento na Constituição brasileira, chamada de Constituição-cidadã, das demandas da sociedade nos campos da educação, da saúde, da assistência, da previdência social, do trabalho, do lazer, da maternidade, da infância, da segurança, etc., definindo especificamente os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, e incorporando seus direitos sociais. Por outro lado, em nenhum momento histórico da República brasileira, os direitos sociais sofrem tantos ataques por parte da classe dirigente do Estado como depois de 1995.

2.3.1 Período de 1930 a 1945

Esse período se caracteriza pela reformulação das relações entre o Estado e a sociedade brasileira, com a passagem de uma sociedade antes predominantemente agro-exportadora para uma de caráter urbano-industrial, onde a expansão da acumulação capitalista industrial implicou em uma nova forma de Estado e na formação e desenvolvimento da burguesia industrial e da classe operária, como classes autônomas e também no desenvolvimento de novos grupos sociais (CARVALHO, 1985),

Com a vitória do movimento conhecido como Revolução de 1930, comandada por Getúlio Vargas, que tinha por objetivo romper a *política do café com leite*, entre São Paulo e Minas Gerais, que sucessivamente elegiam o Presidente da República, aconteceram diversas mudanças na estrutura do Estado brasileiro. Dessa maneira, a implantação do Estado Novo representou o acordo entre a grande propriedade agrária e a burguesia industrial historicamente frágil.

Com o objetivo de promover a expansão do sistema econômico, foi preciso estabelecer uma nova legislação que permitisse a efetivação dessas mudanças. Assim, foram criados os Ministérios do Trabalho, o da Indústria e Comércio, o da Educação e Saúde e também juntas de arbitramento trabalhista (POLIGNANO, s/d).

Em 1934 foi promulgada uma nova Constituição, onde o Estado e o setor industrial através deste, instituíam uma política social de massas, que incluía os trabalhadores urbanos, especialmente os pertencentes aos setores fabris. Também coube ao Estado Novo acentuar e dirigir o processo de expansão do capitalismo no campo, de maneira a impedir que houvesse mudanças radicais na estrutura dos grandes latifúndios.

Em 1937, foi promulgada uma nova constituição que reforçava o centralismo e a autoridade presidencial. O trabalhismo oficial e suas práticas foram reforçados a partir de 1940 com a imposição de um sindicato único e pela exigência do pagamento da contribuição sindical.

Em 1939 foi regulamentada a justiça do trabalho e em 1943 é homologada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Com a promulgação das leis trabalhistas, que estabelecem um contrato entre o capital e o trabalho, garantindo direitos sociais ao trabalhador, e com a criação da estrutura sindical do estado, a crescente massa assalariada urbana passa a ser o ponto de sustentação política do governo Vargas, em forma de um regime

corporativista. A expansão das políticas sociais baseou-se em antigas demandas da classe trabalhadora, destacando-se a legislação trabalhista, o sufrágio universal, estendido também às mulheres, a obrigatoriedade do ensino, a generalização da cobertura previdenciária, as primeiras medidas contra o aumento de preços e a instituição do salário mínimo para os trabalhadores.

Desde o modelo de desenvolvimento primário-exportador até o presente, as políticas sociais têm sido conduzidas como parte integrante da operacionalização das engrenagens econômicas e como instrumento de sustentação política do Estado (PINHEIRO, 1995). Assim também era a relação estado x capital x trabalho no Estado Novo.

Nessa época, a maior parte dos investimentos no setor industrial foi efetuada na região centro-sul do País, reforçando a importância econômica e financeira desta área na dinâmica das transformações da infra-estrutura nacional e agravando os desequilíbrios regionais, especialmente no caso do nordeste, que sofreu grandes êxodos rurais, com a conseqüente proliferação das favelas nos grandes centros urbanos.

A economia do País também se diversificou e se tornou complexa, entrando na fase urbano-industrial. A sociedade civil, conseqüentemente, se desenvolveu e buscou aumentar sua participação na vida nacional, no plano cultural (início da era do rádio) e educacional e, através da organização sindical e partidária, também no plano político (LUZ, 2000)

Na era do Estado Novo poucas foram as ações no setor da saúde pública, destacando-se a criação, em 1930, do Ministério da Educação e Saúde Pública, com a conseqüente pulverização de ações de saúde para outros setores. A escassez de recursos, aliada a essa pulverização fez com que a maioria das ações de saúde pública no período tivesse pouca efetividade na busca de soluções para os grandes problemas sanitários existentes no país naquela época.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde e em 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais, que incorporou os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária e peste bubônica (POLIGNANO, s/d).

No que tange à previdência social, a política do estado também estendeu os benefícios, como aposentadorias, pensões e assistência médica e hospitalar, assim como custeio de produtos farmacêuticos, a todas as categorias do operariado urbano organizado. No entanto, somente a partir da segunda metade da década de 50, no auge do desenvolvimento industrial e a conseqüente aceleração da urbanização do País, é que ocorre maior pressão da sociedade

pela assistência médica via institutos, viabilizando o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, onde se privilegia abertamente a contratação de serviços de terceiros (POLIGNANO, s/d).

Nesse período, a previdência passa a ter importância como instrumento de ação política e eleitoreira nos governos populistas que governam até 1964, chamada de fase áurea do “peleguismo sindical” (POLIGNANO, s/d).

Em todo esse período, a implantação das políticas sociais se dá pela via liberal, com o objetivo de organizar e incorporar ao Estado a sociedade civil (CARVALHO, 1985),

2.3.2 Período de 1945 a 1963

Em 1945, inicia-se o processo de redemocratização do país, com a deposição através de golpe de Estado do então presidente Getúlio Vargas, bem como o processo de reformulação da estrutura do Estado, devido à decisão dos novos governantes de democratizar o país e desmantelar o que, na época, era identificado como o Estado Novo (CARVALHO, 1985).

A Constituição corporativista de 1937 foi substituída pela de 1946 que, em nome dos princípios liberais, favoreceu as condições necessárias para a entrada e saída de capital estrangeiro no país, ao mesmo tempo em que eliminou alguns organismos estatais do Estado Novo ligados à função de intervenção estatal, abandonando-se a política getulista de orientação nacionalista (CARVALHO, 1985).

O período de democratização pós-guerra e de crescimento econômico da década de 50, marcado pela “guerra fria”, e a volta de Getúlio Vargas ao poder pelo voto em 1950, marcou uma série de mudanças em relação às políticas públicas, inclusive as sociais. Como criara em seu primeiro governo um conjunto de direitos trabalhistas até hoje em vigor, Vargas preocupou-se com um conjunto de reformas das políticas econômica e social. Na área do transporte, da energia, da alimentação, da educação e da saúde, tratou de assegurar a universalização e nacionalização, no sentido de aprimorar o que já tinha sido configurado anteriormente.

A falsa redemocratização do Estado possibilitou a redefinição das formas de dominação política, tanto no plano interno, com a crescente participação das massas populares na luta política, gerando forte pressão sobre o poder, como na conjuntura internacional do

pós-guerra. Para desmobilizar o movimento operário e também de outros movimentos dos setores dominados da sociedade, o Estado ampliou o fornecimento de serviços assistenciais para as classes trabalhadoras e suas famílias, no sentido de proporcionar melhores condições de habitação, saúde, educação, lazer e defesa do salário real dos trabalhadores. Não obstante, a criação desses mecanismos tinha o objetivo de manter a classe trabalhadora incorporada aos interesses da classe dominante, numa conjuntura onde era necessária a integração do operário ao trabalho e ao lazer, para favorecer o desenvolvimento industrial e desmobilizar sua organização política (CARVALHO, 1985)

A penetração do capital e da orientação política estrangeira, comandada pelos Estados Unidos, marcou a chegada ao Brasil de uma tensão progressiva entre o projeto nacionalista e o desenvolvimentista do segundo período Vargas e as forças ligadas ao desenvolvimento associado ao capitalismo avançado, que culminou com a morte trágica de Getúlio Vargas em agosto de 1954 (LUZ, 2000).

No período do governo do Presidente Juscelino Kubistschek, de 1955 a 1960 foi possível realizar uma transformação do sistema econômico, área privilegiada pelas políticas do novo governo, com o intuito de acelerar o desenvolvimento do País. Com esse objetivo, foi instituída a técnica do planejamento como fator preponderante para viabilizar o desenvolvimento econômico pretendido.

Considerando o planejamento para o desenvolvimento econômico, e tendo em vista que a saúde e a educação eram vistas como parte importante do desenvolvimento nacional, como saída do ciclo do subdesenvolvimento, as políticas sociais estavam centradas na criação do Ministério da Saúde e no desenho de propostas na prestação de serviços de atenção básica. No entanto, somente no início da década de 60 essa proposta foi formulada claramente como parte do projeto das reformas de base que o herdeiro político de Vargas, João Goulart, proporia ao Congresso e à Nação (LUZ, 2000).

È preciso ressaltar que, no final da década de 50, com a economia crescendo a todo vapor, as contradições sociais começaram a vir a tona, pois a inflação aumentava cada vez mais, com a crescente baixa dos salários reais das classes trabalhadoras, que começava a se reorganizar. Neste período ainda prevalecia o pacto populista, no qual o governo aceita a participação dos trabalhadores e das massas na luta política dentro de limites expressos, utilizando-se de manobras político-ideológicas, o que explica a estabilidade política alcançada na época (CARVALHO, 1985)

Nessa época, a participação da sociedade civil organizada na exigência dos serviços públicos prestados pela esfera governamental continuava incipiente e se baseava, principalmente, nas políticas de saúde. Assim, as funções assumidas pela política social tendem para o aspecto da desmobilização da crescente politização da classe trabalhadora e outros setores populares dentro do Estado.

2.3.3 Período de 1964 a 1988

O ano de 1964 representou uma ruptura na história política do país, pondo fim à experiência democrática de cunho populista vigente até então, inaugurando um novo regime que provocou mudanças institucionais profundas no âmbito das relações Estado e Sociedade, sem contudo afetar o modo de produção, que continuou a ser capitalista.

As classes e frações de classe em que se apoiava o novo regime foram constituídas da aliança da burguesia nacional e internacional com a classe média alta e os militares, responsáveis por conceber a estratégia econômica a partir de então, baseado na integração do capitalismo internacional e a rápida modernização tecnológica nos setores dinâmicos da economia, enfatizando a empresa privada, em sua maioria multinacional, e as grandes empresas estatais.

O período de mais de vinte anos de ditadura militar caracterizou-se por uma atividade de franca centralização e concentração do poder institucional. Houve uma verdadeira reorientação no projeto das reformas de base da conjuntura anterior e o período foi marcado pela exclusão da sociedade civil das decisões e do controle sobre qualquer política pública (LUZ, 2000).

A instalação do regime militar fez parte de um processo que se repetiu na maioria dos países da América Latina, configurando um ciclo de ditaduras militares na região, onde se observou o fortalecimento do poder executivo, o esvaziamento do legislativo e a total repressão aos movimentos da sociedade civil.

Como a repressão militar seria incapaz de sozinha, justificar por longo tempo um governo ditatorial, o regime instituído procurava atuar através da formulação de algumas políticas sociais em busca de uma legitimação do governo perante a população (POLIGNANO, s/d).

Neste novo regime a política social passa a ser encarada como um meio mais decisivo para a consecução dos objetivos econômico-produtivos. Os programas governamentais, a partir de então, passam a conceber o desenvolvimento social como um conjunto de proposições de cunho economicista, reduzindo-se as políticas sociais, além de sua função produtiva, a meros instrumentos de manipulação legitimante na relação contraditória entre Estado e sociedade (CARVALHO, 1985).

Assim, com o objetivo de buscar apoio e sustentação social, o governo se utiliza do sistema previdenciário para garantir para todos os trabalhadores urbanos e seus dependentes os benefícios da previdência social, antes exclusivos dos afiliados aos institutos previdenciários. Nesse processo de unificação com a conseqüente incorporação dos benefícios já instituídos anteriormente, verificou-se que, com o aumento dos contribuintes e conseqüentemente, dos beneficiários, não havia estrutura que pudesse atender à crescente demanda pelos serviços de saúde. Dessa forma, foi preciso o estabelecimento de convênio e contratos que culminou com o complexo sistema médico e previdenciário que prevalece até os dias atuais.

As principais ações de saúde no período da ditadura militar referem-se à criação da SUCAM, para executar as atividades de erradicação e controle de endemias e a campanha de erradicação da malária, e a instituição oficial do Sistema Nacional de Saúde, que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área da saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Vigorando até o início dos anos 60, o modelo do sanitarismo campanhista conseguiu obter o controle das epidemias nas grandes cidades brasileiras e o modelo deslocou sua ação para o campo e para o combate de determinadas endemias rurais, dado ser a agricultura a atividade econômica hegemônica da época (POLIGNANO, s/d). Mais tarde, essas ações foram incorporadas pela Fundação Nacional de Saúde.

Nesse período, é importante ressaltar a formulação de duas políticas fundamentais. Em primeiro lugar, a política habitacional, cujo objetivo era construir habitações populares para as classes menos favorecidas, ao mesmo tempo em que se tornou um instrumento fundamental da política de desenvolvimento, que estava em crise, e que sofria pressão crescente no que diz respeito às taxas de acumulação e reprodução do capital. Em segundo lugar, a política educacional, e as respectivas reformas educacionais, em todas as esferas do ensino, que

visavam, além da qualificação e aperfeiçoamento do trabalhador, o progresso empresarial via melhoria da mão-de-obra disponível no mercado (CARVALHO, 1985).

Também é preciso mencionar que houve um processo de universalização das políticas sociais, mas que continuava atingindo somente as populações urbanas e vinculadas aos trabalhos formais da economia.

Apesar disso, a excessiva concentração de renda e seus efeitos sobre as condições de vida das populações evidenciou uma pauperização extrema da classe trabalhadora e de outros segmentos populacionais. Na tentativa de minimizar o problema, foi pensada uma forma de utilizar a política social como estratégia de redistribuição direta e indireta de renda. A proposta englobava três setores: a) Programa de valorização de recursos humanos, como educação, saúde e saneamento, nutrição, trabalho e treinamento profissional; b) Integração social através do PIS, PASEP, BNH e INPS; c) Desenvolvimento social e urbano.

Em 1983, foi criada a AIS – Ações Integradas de Saúde, projeto interministerial entre a Previdência, a Saúde e a Educação, que visava um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativas preventivas, curativas e educativas ao mesmo tempo. Desse modo, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários.

Esses planos, por não conseguirem ultrapassar a ação puramente assistencial, apresentaram um efeito perverso: contribuíram para a manutenção da pobreza, acirrando as desigualdades sociais, já que não passaram de medidas paliativas administradas por uma complexa tecno-burocracia comprometida com a lógica da acumulação do processo capitalista (CARVALHO, 1985).

Esse período também foi caracterizado pelo “milagre econômico” e pelos planos desenvolvimentistas, que foram a base de todos os governos militares até o final da década de 70. Nessa época, com a crise do petróleo e o fim da fase de grande desenvolvimento econômico, a sociedade civil começou a projetar-se como requerente de direitos civis, movimento que culminou com o “Diretas Já” e que permitiu a volta das eleições diretas para Presidente da República.

Ainda, é preciso ressaltar que a década de 80 foi marcada por uma progressiva movimentação social em torno das políticas públicas, principalmente a de saúde, que passou a ser vista como direito de cidadania. A formação de movimentos populares em torno das questões centrais das políticas de saúde, como universalização, hierarquização e acesso aos

serviços, bem como a grande participação de grupos organizados locais e comunitários, culminaram com a inserção da saúde como questão de direitos humanos na nova Constituição de 1988 (LUZ, 2000)

2.3.4 Período de 1988 aos dias atuais

O movimento “Diretas Já” em 1985, a eleição de Tancredo Neves e da Assembléia Nacional Constituinte em 1986 marcaram o fim do regime militar, e a promulgação da nova Constituição em 1988 representando o início de uma nova era na história das políticas sociais no Brasil.

O compromisso do Estado com o bem-estar social, especialmente no que se refere à saúde coletiva, consolidando o que se chamou de direitos da cidadania, refletia o momento político vivido pela sociedade brasileira, recém-saída de uma ditadura militar, onde a cidadania nunca foi um princípio de governo. Assim, a sociedade procurava garantir na nova Constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania que permitiriam ao País alçar novos degraus na escala do desenvolvimento econômico e, principalmente, social (POLIGNANO, s/d).

Se a sociedade é fortemente democrática, tende a construir governos democráticos. Mas se, ao contrário, a sociedade é predominantemente autoritária, discriminatória e violenta, não consegue sustentar esse tipo de governo. Não é o Estado que cria a sociedade, mas a sociedade que cria o Estado. A sociedade expressa no Estado e em seu governo suas necessidades individuais e coletivas, e recebe as respostas às suas demandas através das políticas governamentais (VIEIRA, 2001).

No processo de estabelecimento de uma nova democracia, o Brasil precisou incorporar as demandas da sociedade civil em todos os campos, no estabelecimento de políticas governamentais. A saúde e a educação continuaram a ser as demandas mais importantes. No entanto, novos temas foram inseridos na agenda pública governamental, como a proteção à infância e à adolescência, a questão dos direitos da mulher, a questão dos jovens, a proteção dos idosos, a equidade de gênero, a reforma agrária, a educação no campo, o combate à violência, e outros.

Polignano (s/d) ressalta que a conquista dos direitos sociais tem sido sempre resultante do poder de luta, de organização e de reivindicação dos trabalhadores brasileiros e não como

uma dádiva do Estado, como alguns governos tentam demonstrar. Também a dualidade entre medicina curativa e medicina preventiva tem sido uma constante nas diversas políticas de saúde implementada pelos governos.

A Constituição Federal de 1988, ao definir no artigo 196 que *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*, demonstra claramente que a concepção do SUS – Sistema Único de Saúde estava baseado na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que se refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania.

Essa visão refletia o momento político pelo qual passava a sociedade brasileira, recém-saída de uma ditadura militar onde a cidadania nunca foi um princípio de governo. Assim, a sociedade procurava garantir na nova Constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania (POLIGNANO, s/d)

De um modo geral, os problemas de saúde são os focos de atenção quando se apresentam como epidemias e têm sua importância diminuída quando as ações conseguem debelar as crises e estas se tornam endemias. As ações de saúde propostas pelos governos da época procuravam incorporar os problemas de saúde que atingiam grupos sociais importantes de regiões sócio-econômicas igualmente importantes dentro do sistema social vigente e foram direcionadas para os grupos organizados e para os aglomerados urbanos em detrimento dos demais grupos nos mais diversos pontos do País. Essa era uma das situações que a nova Constituição deveria modificar.

A partir do início dos anos 90, as instituições políticas federativas já estavam plenamente instauradas, porém a gestão das políticas públicas, particularmente as da área social, continuou centralizada e o governo federal continuava a ser o responsável pela gestão e pelo financiamento das políticas de saúde, habitação, educação, assistência social e outras (ARRETCHE, 2002).

Por essas razões, é inegável o aprofundamento dos contrastes e dos problemas crônicos da sociedade brasileira em todos os níveis, seja econômico, social, político ou cultural, nos últimos quinze anos, resultante do estilo de desenvolvimento econômico e social do país e também do fenômeno da globalização. Este processo, definido como um conjunto de

mutações na estrutura de produção, nas relações sociais concernentes ao trabalho, na vida política e cultural do capitalismo em plano mundial que atinge quase todas as nações, cujos efeitos de grande concentração de capital nas economias desenvolvidas e de concentração de renda e desagregação social nas economias periféricas, contribuiu para o aumento das desigualdades e, conseqüentemente, para o aumento da exclusão social no país. Nesse sentido, a década de 90 pode ser vista como a *década perdida* tanto para a questão social como para a economia (LUZ, 2000).

A política econômica de ajuste fiscal adotada pelos governos da década, monitorada pelos organismos internacionais de financiamento, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, intensificou a concentração de riqueza e aumentou consideravelmente os níveis de desemprego, elevando as taxas de empobrecimento da população e acentuando a perda do poder aquisitivo das camadas médias tradicionais, como os comerciantes, os profissionais liberais e os servidores públicos civis e militares. Nesse contexto, os jovens não conseguem entrar no mercado de trabalho e os mais experientes são dispensados devido ao encolhimento dos postos de trabalho, encontrando grande dificuldade na recolocação no sistema. Assim, a economia informal acaba por atingir praticamente 50% da atividade econômica no país (LUZ, 2000).

Como não poderia deixar de ser, nessa situação econômica pode ser vista uma grande lacuna na prestação dos serviços sociais, uma vez que as políticas são planejadas para incluir aqueles que, ou estão vinculados ao trabalho formal, ou fazem parte da parcela da população vista como público de políticas de transferência de renda. Em ambos os casos, o Estado não consegue atingir a maior parcela dos que demandam os serviços de atenção básica, como educação e saúde, transporte e segurança.

Quanto à saúde, na distribuição intergovernamental de funções, a União está encarregada do financiamento e formulação da política nacional de saúde, bem como da coordenação das ações intergovernamentais. Isto significa que o governo federal, ou seja, o Ministério da Saúde tem autoridade para tomar as decisões mais importantes nesta política setorial.

A edição de portarias ministeriais tem sido o principal instrumento de coordenação das ações nacionais em saúde. Ou seja, a principal arena de formulação da política nacional tem sido o próprio poder executivo e, marginalmente, o Congresso Nacional. Esta estrutura institucional permite que os governos estaduais e municipais assumam a gestão parcial ou

integral dos serviços de saúde, de acordo com as diretrizes básicas do Ministério (ARRETCHE, 2004).

Durante os governos neoliberais de Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso, há uma tentativa de implantar o estado mínimo e rever o papel do Estado e o seu peso na economia nacional. Além de outras áreas prioritárias, a proposta de redução do papel do Estado atinge inclusive a área social.

Na realidade, o que se observa é que a redução dos gastos atingiu todas as áreas, inclusive a da saúde. A crise de financiamento do setor saúde se agrava e o fornecimento dos serviços de saúde se deteriora.

Apesar das tentativas dos diversos governos, a saúde continua a ser ao mesmo tempo, prioritária e deficitária, não conseguindo atender à demanda da população brasileira no que concerne ao acesso e prestação de serviços de saúde em todas as regiões geográficas. O sucesso de algumas iniciativas, como o Programa Saúde da Família, e a Política Nacional de Prevenção às DST/Aids são exceções em um sistema deteriorado pela má administração, pelo desvio constante de recursos, pela falta de vontade política e, porque não, pela fraca pressão exercida pela sociedade civil organizada sobre o Estado nesta área.

Dados do Radar Social (IPEA, 2005) indicam que nunca houve uma inversão social do tamanho da que foi feita nos últimos 4 anos. No entanto, os níveis de pobreza e de exclusão também nunca alcançaram patamares tão altos. O governo federal tem implementado medidas que buscam atingir as parcelas mais carentes, no entanto, equívocos na priorização e na formulação das políticas governamentais não têm permitido que haja uma efetiva cobertura de serviços sociais para a maior parte da sociedade brasileira, ocupantes das camadas mais baixas da população.

CAPÍTULO 3

A FORMAÇÃO DA AGENDA PÚBLICA E A FORMULAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS NO BRASIL

Como mencionado na primeira parte deste trabalho, a estrutura narrativa descrita por Abbott (2001) e utilizada neste trabalho, é um instrumento metodológico que facilita a elaboração de um relato sobre a formação e o desenvolvimento do Programa Nacional de DST e Aids, por meio da organização das evidências empíricas de sua formulação e alinhando-as de acordo com o contexto histórico em que ocorreram.

Assim, para atender a esse objetivo, foram formuladas três perguntas centrais de investigação referentes à etapa pré-decisional do programa, ou seja, durante o processo de inserção na agenda pública governamental e a discussão das alternativas, conforme o modelo de Kingdon (1995) já descrito anteriormente:

- Como o tema do HIV/aids entrou na agenda pública governamental?
- Quais os fatores econômicos, sociais e políticos determinaram a inserção desse tema na agenda?
- Como se dão os processos políticos de formulação de políticas públicas no *locus* do Estado?

De acordo com o mencionado anteriormente, a escolha metodológica para a análise da formação da agenda pública governamental utilizada neste trabalho é o modelo de Kingdon (1995), onde o autor relaciona a interação entre os problemas identificados, os atores participantes do processo e as alternativas para que finalmente um tema possa se transformar em uma política pública.

Desse modo, como recurso auxiliar para responder a estas perguntas, e usando o modelo de Abbott (2001), que usa esta forma de estrutura narrativa para facilitar o entendimento e a correlação de forças que ocorrem durante o processo, foram relacionados eventos prévios e contemporâneos ao evento central – no caso a formulação do Programa Nacional de DST e Aids – pertinentes à sua formulação e implementação.

Como eventos prévios, foram escolhidos aqueles ocorridos entre os anos de 1980 e 1989 e, como eventos contemporâneos, aqueles situados entre os anos de 1990 e 1999 que colaboraram para a formulação e o desenvolvimento do Programa. O dimensionamento global do relato, inclusive com os eventos relacionados e os posteriores está demonstrado no quadro a seguir:

Estrutura Narrativa do Programa Nacional de DST e Aids

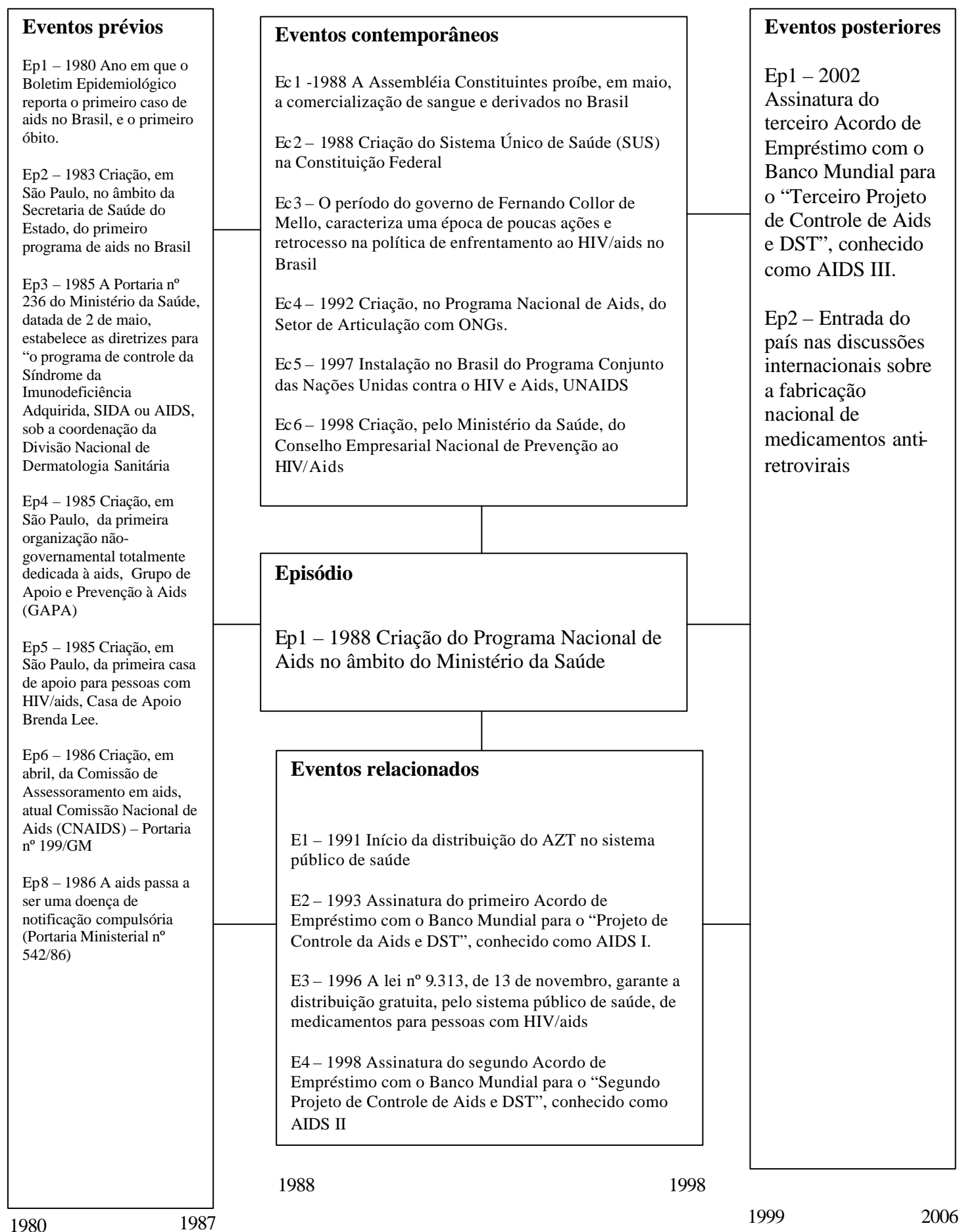


Figura 3. Estrutura Narrativa do Programa Nacional de DST e Aids

3.1 Década de 1980 – A aids como desafio para a saúde pública no Brasil

3.1.1 Contexto Histórico e Político

Por contexto, durante o processo de formulação de uma política, pode-se considerar o ambiente externo do qual surgem as situações ou as pressões que fazem com que um tema entre no estágio de formulação e elaboração de uma política. Essas influências, que podem ter cunhos social, econômico ou político, ser regionais ou internacionais não fazem parte do ambiente dos formuladores de políticas, podendo muitas vezes fugir ao seu controle (HALL, 2002). As circunstâncias referentes aos interesses dos solicitantes, aliados ou não às flutuações das forças políticas, conjugados às limitações no tocante aos recursos disponíveis estabelecem o *modus operandi* para a elaboração de uma determinada política pública (FREY, 2000).

Neste caso específico, as previsões de uma pandemia global de aids influenciaram na última década os rumos que as políticas de saúde em vários países iriam tomar para controlar a doença.

A epidemia do HIV/aids surgiu numa época em que as autoridades sanitárias mundiais acreditavam que as doenças infecciosas estavam controladas pela tecnologia e pela evolução da medicina moderna. Devido a isso e a outras peculiaridades, suscitou comportamentos e respostas coletivos, nos quais estão inseridas as estratégias políticas oficiais em seus diversos contextos.

O início da década de 1980 é o ponto de partida, com a divulgação dos primeiros casos de uma doença desconhecida que estava atacando homossexuais masculinos em algumas cidades dos Estados Unidos e que já estava começando a ser denominada de “câncer gay”.

Galvão (2002) afirma que o Boletim Epidemiológico AIDS, no seu formato impresso, começou a circular em 1987 e que, no seu primeiro número, os primeiros casos de aids no Brasil, em um total de seis, são identificados como tendo ocorrido em 1982, apesar de que, *a posteriori*, foi notificado que em 1980 ocorreu o primeiro caso de aids no Brasil e o primeiro óbito. O caso foi identificado como masculino e de transmissão sexual.

No entanto, a aids entraria oficialmente pela primeira vez no País no ano de 1983, onde, por meio da imprensa, foi anunciada a morte de um profissional de alta costura em consequência da doença. Com o alarde feito pela imprensa e com a divulgação dos possíveis

perfis que poderiam ser contaminados, iniciam-se também algumas ações que têm por objetivo “prevenir” a população.

Com base em informações obtidas nos Estados Unidos e na Europa, algumas organizações de saúde, mesmo sem elementos suficientes para iniciar uma proposta de intervenção mais estruturada, começam um processo para acalmar o alarde produzido e tentar entender exatamente o que estava acontecendo.

Inicia-se, nesta fase, o processo de pressão da opinião pública sobre os órgãos governamentais, mostrando os primeiros sinais da força do movimento da sociedade civil que viria a se configurar anos mais tarde.

No Brasil, como um problema de saúde que evoluiu demonstrando as contradições sociais, econômicas e culturais vigentes na época, revelou a amplitude da capacidade de mobilização social na busca de respostas sobre como o poder público brasileiro organiza e estabelece as políticas de saúde pública (MARQUES, 2003).

No início da mobilização para o controle da epidemia de aids, o Brasil vivia um momento muito particular de sua história, de abertura política e redemocratização. A elaboração de uma nova Constituição, com o estabelecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado e a conseqüente criação do SUS eram parte desse processo.

A aids é contemporânea do fim do regime militar e da tentativa de reconstrução, econômica, social e política do País. Após um longo período de inação, a sociedade consegue começar a se reorganizar, através dos partidos políticos, dos movimentos sociais e dos movimentos dos grupos considerados marginais, como os grupos de negros, *gays* e mulheres. Desse modo, os avanços e retrocessos inerentes a esse processo constituem o cenário que vai configurar a elaboração da futura política (VILLELA, 1999).

Esse fato também pode ser confirmado pelo discurso de alguns atores:

(...) quando ocorre a formulação do programa de aids foi um período bastante *sui generis*. A resposta pública em meados da década de 80 é um período bastante particular para o país – o período de redemocratização do país – o primeiro programa de aids surge em 83, em São Paulo e ele surge nesse movimento de redemocratização do país de forma geral...

(...) A primeira coisa mais importante é que o Brasil vivia um momento de redemocratização, a questão da abertura política, o fim do regime militar, isso estava criando na sociedade brasileira um tipo de consciência política que favoreceu a resposta à epidemia de aids de forma mais efetiva, em termos políticos, acho que poderíamos explicar por aí.

(...) Tem uma questão também que tem a haver com o que falei antes, com o processo de redemocratização que como as instituições estavam passando pelo processo de se tornarem mais democráticas, as pessoas, atores

sociais que estavam extremamente engajados com o processo de redemocratização assume a questão da aids como uma bandeira importante...

A volta aos processos democráticos resultou de um longo processo de reivindicações, quando novos atores entraram em cena e onde a luta pelos direitos individuais, especialmente de alguns grupos, já estava estabelecida (SADER, 1998).

“Os fatores políticos eu acho que era o processo de democratização, estávamos em pleno processo de volta do Estado democrático, num processo pré-constituente com movimentos sociais se fortalecendo para participar desse processo constituinte, portanto, a sociedade civil, os movimentos organizados e segmentos sociais organizados têm uma grande força nesse período, são estimulados pela volta e participação social. Em segundo lugar é o retorno de pessoas importantes no cenário político, alguns já infectados pela aids, o Betinho e o Herbert Daniel, que fundou o Grupo Pela Vida e a ABIA, então são duas pessoas que regressam do exílio já com a aids e com experiência de fazer fato político daquela situação, então isso foi uma sinergia muito interessante, o processo de democratização, o início do processo constituinte no qual a gente estava discutindo as reformas gerais do Estado, saúde, educação e previdência, e o regresso de intelectuais com essa questão. Não se negar que tem também um cenário no qual pessoas que podiam diagnosticar a aids eram pessoas também intelectuais, pessoas com relevância pública, como Henfil que trazia um outro discurso, uma outra questão, diferentemente de outras doenças que não conseguiram agregar a identidade, então esse é um fator político importante de volta de exílio, pessoas intelectuais infectados e todo processo de redemocratização.”

Assim, em 1983, um grupo de militantes do movimento pelos direitos dos homossexuais do Estado de São Paulo procurou a Secretaria de Saúde do Estado para cobrar um posicionamento sobre o novo problema, que já estava sendo bastante veiculado pelos meios de comunicação.

A resposta da Secretaria veio através da organização de um grupo de trabalho, composto por profissionais de diversas áreas da instituição e cuja coordenação ficou a cargo da Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde, que já vinha trabalhando, de algum tempo, na estruturação de um programa para as doenças sexualmente transmissíveis. Esse grupo, multidisciplinar, era composto por médicos sanitaristas, infectologistas, especialistas na área de laboratório e profissionais que atuavam na área social, como psicólogos e assistentes sociais (TEIXEIRA, 1997).

No mesmo período, compreendido entre 1982 e 1985, também configura o início do processo da redemocratização do País, com a eleição de forças progressistas abertas ao diálogo com a sociedade civil, no âmbito estadual, apesar da manutenção do regime militar.

As propostas de atuação sugeridas pelo grupo foram acatadas em sua íntegra e postas em prática pela Secretaria Estadual de Saúde. Dessa forma, a aids foi caracterizada como uma

ameaça à sociedade, gerando uma demanda ao Estado, especificamente ao setor saúde e é deste setor que emana a primeira resposta ou política pública referente à doença no Brasil.

Assim, a movimentação social iniciada pelos movimentos políticos da década de 80 contribui para o estabelecimento de uma nova corrente, que se fortalece à medida que reivindica seus direitos e pressiona os atores políticos para a tomada de ações que vão configurar mais tarde uma nova política. O surgimento da aids no painel mundial inaugura um modelo de articulação entre Estado e sociedade civil inédito até então no enfrentamento das questões de saúde, caracterizado pelo estabelecimento de parcerias e pelo financiamento direto do governo para organizações não-governamentais que já estavam atuando na área e cuja penetração nos meios atingidos facilitava as ações previstas (VILLELA, 1999).

Teixeira (1997) afirma que estas decisões, indiscutivelmente, constituem o primeiro marco político adotado pelo Estado brasileiro e que viria a influenciar a maioria das decisões públicas assumidas pelo País no tocante à doença, nos anos subsequentes. Da mesma forma, a área de saúde assumiu a interlocução no espaço governamental e assim permaneceria ao longo das duas décadas posteriores.

Das decisões adotadas pela Secretaria de Saúde de São Paulo, é de fundamental relevância mencionar a resposta imediata, a proposta de envolver a comunidade, o reconhecimento da legitimidade da demanda, mesmo que procedente de um grupo socialmente minoritário e a ausência da postura discriminatória e estigmatizante que caracterizava a doença. Teixeira (1997) explica esses fatos da seguinte maneira: em primeiro lugar, a demanda foi gerada por pessoas que tinham como prática social a luta pelos direitos de um setor marginalizado e minoritário da população, no caso os homossexuais; em segundo lugar, a coordenação das ações coube a um grupo acostumado a lidar com outra enfermidade historicamente vinculada ao contágio, ao estigma e à discriminação que sempre caracterizaram os portadores de hanseníase; e em terceiro lugar, o cenário político vigente na Secretaria, coincidia com o primeiro governo do estado eleito democraticamente após 1964, que era o governo Franco Montoro e a gestão de José Yunes, que foi de 1983 a 1987 e se caracterizou por um movimento sanitarista e progressista.

É justamente esse contexto que propicia o início das articulações políticas entre o Estado e a sociedade civil, como reiterado pelos atores de ambos os lados durante as entrevistas:

“... as primeiras respostas à aids são iniciativas de grupos da sociedade civil, principalmente, dos grupos homossexuais, ainda lá no iníciozinho dos anos 82, 83, com o grupo que veio de Bahia, o grupo de São

Paulo, o movimento homossexual de São Paulo, naquela época ainda bastante sem recursos, mas, enfim, frente à situação emergencial da doença são esses grupos, essas associações que começam a veicular e a questionar as primeiras informações sobre a epidemia e também a pressionar o Estado para tomar alguma iniciativa frente aquela situação galopante de mortes, de doença que se instalava nessas cidades, como no Rio, São Paulo, Salvador, enfim nas grandes cidades brasileiras.”

“... logo em 82, 83 quando se começou a ouvir falar de casos da doença fora do Brasil, já começou a existir uma mobilização na comunidade homossexual brasileira no sentido de pressionar o governo local, e isso já foi criando uma resposta oficial à epidemia de aids, de forma muito precoce e, logo em 86, já existia uma estrutura no nível federal que tentava dar conta dos problemas colocados pela epidemia.”

“Era uma questão que estava afetando, no início, que também tem toda uma história, a comunidade homossexual a qual que tinha uma inserção social e visão política, não eram as camadas pobres como está acontecendo hoje em dia, então, no início, para usar o termo atual, eram pessoas globalizadas, que estudavam fora, eram intelectuais que tinham presença e, além de tudo, era um momento político de reconstrução deste país, de democracia, de controle social, etc. Então, a resposta brasileira é única, específica e demarcada historicamente. **É impossível transpor, importar, levar o modelo brasileiro para outro país** (grifo do entrevistado).”

“Era quase que, não digo imposição, mas era muito forte essa aliança do governo e da sociedade civil, esta teve um papel muito importante, o governo, não digo como se fosse refém da sociedade civil, mas precisava dessa aliança na qual o governo se fortalece nestas parcerias também.”

“mas olhando agora, quase 20 anos para trás, o que fica é o papel decisivo da sociedade civil.”

As estratégias programáticas e os referenciais éticos, legais e políticos viriam a ser adotados por outros estados e, mais tarde, pelo próprio Ministério da Saúde. Devido ao seu pioneirismo e à intensa divulgação que recebeu, o programa do Estado de São Paulo tornou-se uma referência para profissionais de saúde e cidadãos de todo o país.

Em 1985 é criada, em São Paulo, a primeira organização não-governamental totalmente dedicada à aids, o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (GAPA) e também é criada a primeira casa de apoio para pessoas com HIV/aids, a Casa de Apoio Brenda Lee.

Ao mesmo tempo em que as ações nos estados estavam se estruturando, a mídia brasileira e internacional apontavam o número crescente de aids no mundo e a preocupação de cientistas e autoridades sanitárias internacionais com o fato de que a doença viesse a se tornar uma pandemia e um dos problemas mais sérios a serem enfrentados pela saúde pública no final do século XX, além da tragédia coletiva que a doença poderia causar nos países mais pobres. Além disso, outros alertas pressionavam o governo brasileiro, já que os programas estaduais estavam em sua capacidade máxima de atuação, sem diretriz e apoio central, diversos segmentos da sociedade demonstravam seu descontentamento com a falta de assistência e

suporte federal e, por fim, outros setores haviam se juntado para discutir sobre a aids no Brasil, como a igreja, o setor de saúde privado a rede hemoterápica e outros.

Marques (2003) indica que havia um certo consenso, até aquele momento, sobre a incoerência e a omissão do Ministério da Saúde em não se pronunciar oficialmente sobre a questão, e que a historiografia produzida sobre as respostas à aids no Brasil demonstra que a demora do poder central em assumir a doença como um problema de saúde pública foi determinante no perfil que a epidemia assumiria no país. Caso houvesse envolvimento do governo federal no estabelecimento de diretrizes, orientações e articulações de ações entre as várias regiões da Federação, possivelmente a realidade da aids no País seria outra.

Assim, o ano de 1985 também é marcado pela Portaria nº 236, do dia 2 de maio, do Ministério da Saúde, que estabelece as diretrizes para o programa de controle da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, SIDA ou AIDS, sob a coordenação da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária e a nomeação da Dra. Lair Guerra de Macedo Rodrigues para conduzir as atividades nacionais em aids.

Esta portaria estabelece normas e linhas para o combate à epidemia no Brasil, cujo alvo são os chamados “grupos de risco”, divididos em três grandes grupos, que abrangem os homossexuais e bissexuais masculinos, os hemofílicos e politransfundidos e os usuários de drogas injetáveis, tornando esse conceito institucionalizado. Estas normas estabelecem a educação sanitária aos pacientes, a orientação para o abandono do uso de drogas e a utilização de seringas descartáveis ou exclusivas; para os homossexuais, a recomendação para a restrição do número de parceiros e a não-doação de sangue; e para os hemofílicos e transfusões em geral, a utilização de crioprecipitados. A Portaria ainda estabelece que os casos devem ser notificados e investigados, mas não determina claramente a notificação compulsória dos casos. Essa medida só foi efetivamente adotada em dezembro de 1986, pela Portaria Ministerial 542, de 22 de dezembro de 1986, demonstrando como eram lentas as decisões provenientes do Ministério da Saúde nessa época.

É importante mencionar que nem todas as reações foram favoráveis às ações propostas. Setores da própria saúde reagiram contrariamente diante da suposta importância que se estava dando a um problema de pequena dimensão e que se referia a um grupo minoritário da população. Segmentos especializados da saúde afirmavam que a aids não satisfazia os critérios epidemiológicos de transcendência, magnitude e vulnerabilidade necessários para justificar intervenções no âmbito das instituições responsáveis pela saúde pública do País.

Sem dúvida, essas reações embutiam equívocos no que se refere a problemas de saúde pública e também carregavam fortes doses de preconceito em relação aos homossexuais.

De acordo com o relato de Teixeira (1997) a atuação que os organismos internacionais, historicamente importantes para a adoção de políticas públicas no Brasil, tiveram nesta época foi bastante tímida. A Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde, entre os anos de 1983 e 1985 promoveram reuniões técnicas de intercâmbio, mas foi apenas a partir de 1986 que se constituiu um núcleo de aids para elaborar pautas e recomendações para a implantação de programas nos países da região.

Somente com a criação do Programa Especial de AIDS e do Programa Global de AIDS, em 1986, estes organismos viriam a ter um papel importante no estabelecimento de políticas públicas e programáticas relativas à aids em todo o continente latino-americano, incluindo o Brasil. O apoio técnico e financeiro seria estratégico para o reforço do Programa Nacional brasileiro a partir do ano de 1987 e as recomendações de caráter político apresentadas por estas instituições, principalmente no que se refere ao combate à discriminação e pelos direitos das pessoas afetadas, foram instrumentos importantes para impedir as tentativas de implantação de medidas repressoras e coercitivas em todo o continente.

Galvão (2000) e Teixeira (1997) concordam que os avanços obtidos, desde então, resultaram da atuação articulada e sistemática de setores progressistas da saúde pública, de movimentos e grupos comunitários e da opinião pública, intermediada pela imprensa, que criava o cenário favorável à exigência e implantação de medidas consideradas como politicamente avançadas. Além disso, outros atores, como universidades, conselhos de medicina e igrejas também tiveram papéis de destaque na geração e implementação de políticas públicas para controle da aids.

Outra importante política pública relativa à aids foi, também, primeiramente gerada no Estado de São Paulo, caracterizando a primeira intervenção do Poder Legislativo na questão. Em junho de 1986, sob pressão da opinião pública, do GAPPA e de instituições privadas de saúde, a Assembléia Legislativa aprovou a lei que tornava obrigatória a triagem sorológica para o HIV em todo o sangue a ser transfundido no Estado de São Paulo, Lei nº 5/90 de 20 de junho de 1986. No entanto, sua regulamentação foi protelada e sua aplicação foi irregular até o final do ano de 1987, quando os órgãos de Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde iniciaram uma ação mais efetiva de fiscalização dos procedimentos relativos à triagem

sorológica nos bancos de sangue. A falta de regulamentação, entretanto, dificultava ou neutralizava uma boa parte desses esforços.

Mais uma vez se observa a lentidão na tomada de decisão pelo poder central no tocante à política de hemoterápicos, pois somente em 1988, através da Lei nº 7.649, de 25 de janeiro, tornar-se ia obrigatória a triagem sorológica para o HIV em todo o território nacional. Apesar de tardia, Teixeira (1997) comenta que é preciso reconhecer que a aids foi o grande determinante da grande revolução na política do uso do sangue no País, com a proibição da comercialização desse produto em todo o território nacional.

Não se pode esquecer que o início da visibilidade da epidemia do HIV/aids coincide com um momento histórico peculiar na história do Brasil, no qual se articulava a chamada redemocratização e, em particular no setor saúde, havia uma movimentação política mais ampla que buscava um redesenho de sua estrutura e que viria a culminar, mais tarde, na Constituição de 1988, na estruturação do Sistema Único de Saúde.

Acrescente-se a isso que o SUS tem por base os princípios de universalização, garantindo o atendimento à saúde a todos; a hierarquização, entendida como uma rede de serviços básicos, articulada a uma rede de serviços de maior e crescente complexidade e integralidade, pressupondo articulação entre as ações de âmbito federal, estadual e municipal; e, ainda, o cumprimento do princípio básico de saúde como um direito do cidadão e responsabilidade do Estado. Embora a implantação do SUS em sua íntegra ainda esteja em consolidação, sendo um desafio constante para a saúde pública brasileira, é nesse contexto político de discussão que o Programa Nacional de Combate à Aids se consolidou no Brasil e sua implantação certamente foi influenciada por estes preceitos (MARQUES, 2003).

O diagrama a seguir demonstra os fatores que compuseram o ambiente que permeou todo o processo de articulação para a formulação da política de aids brasileira:



Figura 4. Fatores integrantes do contexto político e social no início da doença no Brasil

Nesse contexto, paralelamente com as primeiras articulações em nível federal e com a edição de uma portaria ministerial que estabelecia as diretrizes para um programa de controle de aids, seguida do estabelecimento da Comissão de Assessoramento em Aids, atual Comissão Nacional de Aids, CNAIDS, constituída por diferentes entidades no campo da saúde e representantes de grupos de combate à aids, continuavam as pressões para a criação de um órgão federal que centralizasse as diretrizes para o controle da epidemia.

Desse modo, em 1988, foi criado o Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, que teria um papel-chave no âmbito das ações de combate à doença, e cujo contexto histórico está situado no final do primeiro governo civil após o regime militar.

Ao se consolidar, o Programa Nacional inicia um processo inverso ao de suas relações com os estados. Teixeira (1997) destaca que até então, as ações nacionais se apoiavam, em grande parte, nas experiências vividas pelos estados nos primeiros anos da epidemia. A partir deste momento, fortalecido institucionalmente e apoiado em projetos de cooperação técnica e financeira com organismos internacionais, o Programa passa a conceber, de forma vertical e centralizada, as normas e atividades a serem implementadas em todo o País. De parceiros e interlocutores, os programas estaduais passaram a ser executores das propostas elaboradas e coordenadas pelo governo federal. Esta prática caracterizou a implantação de ações de caráter

nacional que minimizavam as particularidades e especificidades dos programas estaduais, as características socioculturais e epidemiológicas das diversas regiões do País. Assim, a característica centralizadora do Programa Nacional dificultou a interação com importantes iniciativas que já eram observadas em muitas das unidades da Federação.

Ao mesmo tempo, o Programa começa a assumir uma atitude diferenciada em relação aos outros setores e divisões do Ministério da Saúde, que se constituirá, até hoje, na marca da política brasileira de aids (VILLELA, 1999). Esta se caracteriza pelo controle sobre seus recursos financeiros e pela autonomia no estabelecimento de convênios e parcerias com instituições governamentais, e não-governamentais, e a captação de recursos junto a organismos internacionais que possibilitam sua implementação técnica e logística.

Alguns autores mencionam (TEIXEIRA, 1997; GALVÃO, 2000; VILLELA, 1999; PARKER, 1994) que durante todo esse primeiro momento de elaboração de uma proposta brasileira de enfrentamento da epidemia, as relações entre o Programa Nacional e as organizações não-governamentais que participavam ativamente para o enfrentamento da doença, eram bastante tensas, devido à característica centralizadora de sua Diretora e sua reiterada recusa em trabalhar em parceria com os representantes das ONGs. Essa situação se reverte, posteriormente, quando de seu segundo mandato na coordenação do Programa.

3.2 Década de 90 – Anos de crise e adaptação à nova conjuntura

Dando continuidade à estrutura narrativa segundo o modelo de Abbott (2001), os eventos contemporâneos relacionados no diagrama descrevem a trajetória e as dificuldades enfrentadas pelo Programa Nacional durante a gestão do Presidente Fernando Collor, que trouxe um visível retrocesso às ações e diretrizes para o controle da epidemia de aids no Brasil.

A coordenação da Dra. Lair Guerra, que se inicia em 1986, vai até março de 1990, quando ela deixa seu posto. Durante o período em que esteve à frente do Programa, ela conseguiu transformar o programa em um dos maiores e mais controversos do Ministério da Saúde, com um orçamento anual de mais de 30 milhões de dólares e com aproximadamente 30 funcionários (PARKER, 1994).

Em 1989, após a vitória nas urnas do Presidente Fernando Collor de Mello, e sua posse em março de 1990, uma série de erros da nova administração colocaria o País em um ciclo de

recessão ainda mais profundo, associado a uma inflação fora de controle e à deterioração geral dos serviços sociais, aliada com a indefinição e a falta de direção da política econômica. A indicação do Ministro Alcení Guerra, médico e político conservador, para o Ministério da Saúde acentuaria o impacto desses fatores no sistema de saúde pública do País, especialmente por causa do comprometimento do novo ministro com a assistência médica privada. Além disso, a demissão da Dra. Lair Guerra e a indicação concomitante do Dr. Eduardo Cortes, epidemiologista, mas sem nenhuma experiência administrativa ou política anterior, para Diretor do Programa Nacional, marcaria uma importante mudança no perfil da resposta do governo federal à epidemia.

Ao mesmo tempo, foram reduzidos o orçamento e os funcionários do Programa, além do Ministério da Saúde ter suspenso os aspectos mais significativos de sua atuação iniciada no governo anterior. Parker (1994) cita os exemplos mais visíveis do retrocesso no combate à aids nesse período: o primeiro, se refere à uma das principais conquistas da década de 80, que tinha sido a melhora parcial da vigilância epidemiológica, a distribuição ampla de um boletim epidemiológico demonstrando os casos relatados à Divisão Nacional de DST/AIDS e o programa de atividades educacionais já desenvolvido pelo governo anterior e em fase de implantação. Além de não conseguir desenvolver novas iniciativas, o novo governo desmantelou grande parte do programa já vigente.

Como marco desse período de inação, fica o registro do início da distribuição do AZT, medicamento usado no tratamento dos doentes de aids, no sistema público de saúde e o pronunciamento do Presidente Fernando Collor, em 1º de dezembro de 1991, em cadeia nacional, por ocasião do Dia Mundial de Luta contra a Aids.

Essa fase também marca o início das campanhas veiculadas nos meios de comunicação sobre a prevenção do contágio, apesar da enorme controvérsia ocorrida devido à forma como os anúncios foram produzidos e divulgados. Segmentos da sociedade organizada reagiram de maneira firme, pois identificavam que as propagandas poderiam gerar mais dúvidas e discriminação contra as pessoas infectadas.

A relativa paralisia que se estabeleceu somente seria interrompida no início de 1992 quando, após uma série de acusações relativas à má administração e corrupção dentro do Ministério da Saúde, o Ministro Alcení Guerra se viu forçado a ceder à pressão crescente e a renunciar. Quando o novo Ministro, Adib Jatene, um dos cardiologistas mais respeitados do País, e com um histórico anterior de administração em saúde pública eficaz no estado de São

Paulo, assumiu o cargo, exonerou o Diretor do Programa Nacional, Eduardo Cortes e, para surpresa dos setores envolvidos, renomeou Lair Guerra para o posto, incumbindo-a de reconstituir o Programa Nacional de Combate à Aids (PARKER, 1994).

Em virtude desse mandato, e por causa do relativo desastre ocorrido com o Programa nos dois anos anteriores e também devido à grande legitimidade técnica e política do Ministro Jatene, a nova equipe do Programa conseguiu tomar uma série de decisões importantes que viria a mudar o panorama estabelecido até então. Um sistema de vigilância epidemiológica foi iniciado e a notificação compulsória e regular foi estabelecida; o estoque de medicamentos básicos foi gradativamente reconstituído e uma série de medidas importantes foi tomada a fim de desenvolver um novo plano para as atividades de prevenção e educação com base em princípios mais progressistas.

O aspecto mais relevante dessas ações foi o restabelecimento da articulação política com as comunidades científicas e de pesquisa e com as organizações não-governamentais e ativistas comunitários. Data dessa época a criação do Setor de Articulação com ONGs dentro da estrutura do Programa Nacional e a retomada da convocação da CNAIDS, fato ocorrido pela primeira vez no governo Collor.

Ao mesmo tempo, são iniciadas as negociações com o Banco Mundial a fim de financiar, através de um empréstimo do Banco ao governo brasileiro, um dos projetos mais abrangentes e ambiciosos de prevenção e controle da aids, já desenvolvidos no mundo, que seria conhecido mais tarde como AIDS I (GALVÃO, 2000).

A turbulência política instalada levou ao *impeachment* do Presidente Collor em dezembro de 1992 e a subsequente confirmação do vice-presidente Itamar Franco como o novo presidente do País. O Ministério da Saúde, como todas as outras áreas e programas governamentais, foi afetado pela instabilidade política e econômica e pela letargia que atingiu todos os setores do governo. A saída de Adib Jatene e a entrada do novo ministro, Jamil Haddad, progressista, mas menos ágil administrativamente, não modificou o panorama da saúde e o Programa Nacional tinha dificuldade de implementar até mesmo os programas mais básicos de prevenção e assistência. Além disso, a fragilidade das alianças políticas entre o governo e os setores não-governamentais tornou-se cada vez mais aparente, e o País se confrontou com a segunda década de uma epidemia em expansão e sem controle previsível em curto prazo (PARKER, 1994).

Apesar de ter sido um período difícil para o Programa Nacional, a década de 90 registra também algumas ações que auxiliaram a projetar a política de aids brasileira, como a Lei nº 9.313 de 13 de novembro de 1996, que garante a distribuição gratuita, pelo sistema público de saúde, de medicamentos para os doentes de HIV/aids e a criação em 1998, pelo Ministério da Saúde, do Conselho Empresarial Nacional de Prevenção ao HIV/Aids.

Vale registrar que, devido a um grave acidente sofrido em Recife, Lair Guerra deixa o posto de Coordenadora do Programa Nacional, que é assumido por Pedro Chequer, médico epidemiologista, que já fazia parte do *staff* do Programa (GALVÃO, 2000).

Também é importante mencionar que em 1997 ocorre a instalação no Brasil do Programa Conjunto das Nações Unidas contra o HIV e Aids, UNAIDS. Formado por dez agências do Sistema Nações Unidas – Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNDP), Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (UNHCR), Programa das Nações Unidas para Alimentação (WFP), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Programa das Nações Unidas contra Drogas e Crimes (UNODC), Organização Internacional do Trabalho (ILO), Banco Mundial (BIRD), Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e Organização Mundial de Saúde (WHO) – também chamados de co-patrocinadores, o UNAIDS viria a se constituir em um dos principais parceiros do Programa Nacional para as ações de prevenção e controle da epidemia no País.

3.2.1 Os Acordos de Empréstimo com o Banco Mundial

No tocante à parceria com organismos internacionais, e após um longo período de negociações, em 1993 ocorre a assinatura do primeiro Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial para o “Projeto de Controle da Aids e DST”, conhecido como AIDS I.

O orçamento total do projeto foi de 250 milhões de dólares, para execução em 5 anos, sendo 160 milhões do Banco Mundial e 90 milhões a contrapartida do Tesouro Nacional. A data inicialmente prevista para o encerramento do projeto era dezembro de 1997, com a prestação de contas em junho de 1998, porém o projeto terminou sendo finalizado em meados do ano de 1998 (GALVÃO, 2000).

O volume de recursos envolvido, a criação de novas possibilidades de trabalho e o conjunto de normas introduzidas pelo projeto provocaram mudanças significativas na

organização do trabalho de todas as instituições nacionais envolvidas com a prevenção e o controle das DST/aids (GALVÃO, 2000). Ao mesmo tempo, questões mais amplas como, por exemplo, os medicamentos anti-retrovirais e os para as infecções oportunistas, o financiamento das internações hospitalares convencionais ou em hospitais-dia e os gastos com recursos humanos, não sendo passíveis de financiamento, não foram incluídas no escopo do projeto e necessitaram de medidas adicionais para a resolução adequada de cada uma delas (TEIXEIRA, 1987). O período de vigência do AIDS I foi 1994 até 1998.

A execução do AIDS I provocou mudanças tanto nas respostas governamentais quanto não-governamentais frente à epidemia do HIV/aids no Brasil. Entre essas, Galvão (2000) destaca o aumento dos recursos financeiros disponíveis no país para desencadear ações frente à epidemia; o crescimento do número dessas ações; o papel de liderança desempenhado pelo Programa Nacional de DST e Aids em nível regional; e a maior visibilidade do programa brasileiro de aids, tanto regional, quanto nacional e internacionalmente.

Dentre outras coisas, o projeto AIDS I trazia como inovação a condição de que a sociedade civil participasse na implementação de atividades junto ao público-alvo. Dada a dimensão em que essa participação estava prevista para acontecer, representava um desafio tanto para o governo quanto para o próprio Banco Mundial e isto transformou o campo das respostas governamentais e não-governamentais no País (GALVÃO, 2000).

Entretanto, vale ressaltar que as ações do Programa Nacional não se restringiam à implementação das atividades do AIDS I e que outras iniciativas, como a compra e distribuição de medicamentos anti-retrovirais na rede pública não faziam parte do escopo do projeto. Apesar da visibilidade que alcançou, a distribuição de medicamentos não foi uma política aprovada pelo Banco Mundial e sempre foi implementada com recursos do próprio governo.

Galvão (2000) destaca que a implementação do AIDS I demonstrou que um dos seus maiores beneficiários foi o Programa Nacional, tanto fazendo com que a aids se tornasse algo mais público, em termos nacionais, como tornando mais públicas as ações do programa em nível local, regional e internacional. Esta visibilidade deu ao País uma liderança na região da América Latina, garantiu a presença do Brasil nas conferências internacionais de aids e fez com que o país começasse a ser citado, internacionalmente, como um exemplo de ação governamental no enfrentamento da epidemia.

Quanto às ações do Banco Mundial, o empréstimo destinado às ações para a epidemia de HIV/aids em função do volume financeiro envolvido, oferece ao programa brasileiro de aids condições sem precedentes dentro do que vinha sendo feito no País. Para alguns países, inclusive o Brasil, os empréstimos do Banco Mundial tornaram-se uma das maiores fontes de recursos para as atividades em HIV/aids, e propiciaram a projeção das políticas brasileiras como das mais abrangentes já implementadas (GALVÃO, 2000).

Um ponto importante destacado por Galvão (2000) é a dificuldade da obtenção de dados sistematizados sobre a epidemia no País, como a ausência de arquivos e a imprecisão de datas nos poucos documentos relevantes encontrados nos setores competentes. Com a implementação do AIDS I, nota-se claramente a mudança desse padrão, e as informações sobre a atuação do Programa Nacional, além de estar mais acessíveis, estão compiladas de maneira que permitem uma análise e um melhor conhecimento das ações realizadas e em andamento.

Em 1998, um novo projeto foi elaborado e apresentado ao Banco Mundial, visando dar continuidade às ações contra o HIV/aids no Brasil. O AIDS II – Desafios e Propostas, representava a continuidade do acordo de empréstimo entre o governo brasileiro e o Banco Mundial para as ações contra a aids. O AIDS II, no total de 300 milhões de dólares, recebeu um financiamento de 165 milhões do Banco Mundial, sendo a contrapartida nacional de 135 milhões de dólares. A vigência do AIDS II foi de 1998 a 2002 (GALVÃO, 2000).

Os Projetos AIDS I e AIDS II contribuíram para a melhoria da qualidade dos serviços de diagnóstico, tratamento e assistência aos portadores do HIV/aids e DSTs e também para a expansão dos serviços em todos os 17 estados da Federação. Embora esses projetos não financiassem o custo dos medicamentos anti-retrovirais, foram a base dos financiamentos críticos em capacitação para tratamento e assistência que possibilitaram a efetivação dos medicamentos disponibilizados aos doentes.

A assistência do Banco Mundial também estimulou as parcerias público-privadas, expandindo consideravelmente a capacidade de cobertura do Programa Nacional, especialmente para alcançar grupos marginalizados e de difícil acesso para as políticas públicas.

Sem negar a importância dos empréstimos do Banco Mundial para o fortalecimento das políticas de combate à aids, é imprescindível sempre recordar que a resposta à aids no Brasil é muito anterior ao primeiro projeto financiado pelo Banco. Também é preciso ressaltar

que, desde a sua origem, ela esteve baseada em dois eixos fundamentais, que foram a demanda e a participação dos movimentos sociais organizados e a contribuição de técnicos especializados e comprometidos com a construção de um sistema de saúde que assegurasse o sistema universal de saúde para todos. A ação conjunta desses dois eixos permitiu que o primeiro empréstimo do Banco Mundial fosse apropriado sem que, com isso, o governo se afastasse de suas premissas. Ao contrário, o governo brasileiro aproveitou a oportunidade para lançar as bases do mais inovador programa de distribuição gratuita de medicamentos anti-retrovirais para os doentes (MATTOS, TERTO JR. & PARKER, 2001).

Apesar das divergências existentes entre o governo brasileiro e o Banco Mundial quanto às prioridades das políticas de aids, em 2002 foi negociado um novo empréstimo, no valor de 100 milhões de dólares, que junto com a contrapartida nacional de mais 100 milhões de dólares, se constituiria no Projeto AIDS III.

O Projeto AIDS III, cuja vigência vai de 2003 a 2006, mantém as principais metas dos acordos de empréstimos anteriores, como a melhoria da cobertura e da qualidade das intervenções de prevenção e assistência; o fortalecimento dos gastos do Programa com o monitoramento e avaliação das ações; e a introdução de novas tecnologias no campo de vacinas e tratamento. Dessa forma, o AIDS III tem como objetivos reduzir a incidência das DSTs e do HIV e melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids, por meio do fortalecimento da eficácia e da eficiência da resposta nacional e da garantia de sua sustentabilidade a médio e longo prazos.

Em síntese, desde o início da formulação de políticas públicas de saúde para o enfrentamento da epidemia, o Banco Mundial já financiou cerca de mais de US\$425 milhões para o programa brasileiro de combate ao HIV/AIDS, no início por meio de um componente de um projeto de controle de doenças endêmicas, e depois por meio de três acordos de empréstimo. O primeiro empréstimo, aprovado em 1993, foi de US\$160 milhões e tinha como objetivo testar e implementar as principais estratégias para combater a epidemia. O segundo empréstimo, aprovado em 1998, foi da ordem de US\$165 milhões e financiou a segunda fase do programa e o terceiro, aprovado em 2003, no valor de US\$100 milhões reitera o apoio do Banco ao Programa Nacional de DST/AIDS às políticas de prevenção da epidemia. Como nos projetos anteriores, não faz parte do acordo o fornecimento gratuito de medicamentos aos doentes, carro-chefe da política brasileira de combate à aids (BANCO MUNDIAL, 2006).

Na visão histórica da construção das políticas para o enfrentamento da epidemia de HIV/aids não pode deixar de ser mencionada a relação conflituosa presente nas negociações que envolviam o governo, a sociedade civil e o Banco Mundial. Garrison (2000) afirma que durante as duas últimas décadas o Banco Mundial tem adotado medidas específicas para intensificar as relações com a sociedade civil no mundo inteiro, adotando políticas e programas mais participativos, inclusive no Brasil. A experiência recente com projetos financiados pelo Banco Mundial no país tem demonstrado que, quando se estabelece um diálogo produtivo entre o governo, a sociedade civil e o Banco, as diferenças podem ser minimizadas e é possível chegar a um consenso.

No caso específico da aids, onde o programa de distribuição de medicamentos anti-retrovirais destoa das recomendações do Banco Mundial, cuja posição é de que os pacientes com aids devem pagar por seu tratamento da mesma forma e na mesma medida dos pacientes com outras doenças (MATTOS, TERTO JR. & PARKER, 2001), as divergências não chegaram a impedir a assinatura de novos acordos. A assinatura do Projeto AIDS III demonstrou que é possível o diálogo político entre os diversos atores a fim de permitir a sustentabilidade do programa brasileiro e, que, apesar das diferenças, este continua a ser um dos programas de referência no tratamento da doença.

3.3 Os anos 2000 e o direito ao acesso universal aos medicamentos

A década de 2000 marca os desafios que o país tem que enfrentar para manter a sua política do direito ao acesso universal e gratuito dos medicamentos anti-retrovirais. A discussão sobre os altos custos da produção de medicamentos, o montante investido para manter o fornecimento aos doentes e a pressão enfrentada, por um lado pelos que lutam pelos direitos das pessoas portadoras do vírus e de outro pelas indústrias farmacêuticas, leva alguns segmentos da saúde a cogitar a quebra de patentes da fabricação de medicamentos pelo governo brasileiro.

O assunto entra na pauta internacional e, em fevereiro de 2001, a Organização Mundial do Comércio aceita o pedido dos Estados Unidos, de abertura de um painel contra o Brasil. Os Estados Unidos questionam a lei de Propriedade Industrial brasileira, Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1999, e apresentam como principal motivo a produção nacional de anti-retrovirais.

Devido à visibilidade que alcançou, o processo gera a possibilidade de quebra de patentes para a produção local e compra de medicamentos, a preços mais acessíveis, de outros países.

Apesar do Brasil nunca ter quebrado o acordo de patentes, essa é uma discussão que continua na pauta e que sinaliza que poderá ser o grande desafio para os países que já estabeleceram políticas públicas sólidas de enfrentamento do HIV/aids.

3.4 A inserção do tema aids na agenda pública

A narração desenvolvida até aqui dos eventos prévios, contemporâneos e posteriores ao episódio central de criação do Programa Nacional de DST e Aids, tem importância fundamental para a compreensão dos acontecimentos que ocorreram dentro de um momento histórico, político e social, caracterizado pela volta ao estado democrático de direito do país, a promulgação da nova Constituição Federal de 1988 e as reformas no setor saúde relativas ao que foi definido como direito do cidadão e dever do Estado. Este momento também caracteriza o fortalecimento dos movimentos sociais e a luta pela inclusão dos grupos à margem da sociedade nas discussões em assuntos de seu interesse direto.

As informações e evidências empíricas da narrativa dão os subsídios para a análise do processo pré-decisional do Programa Nacional de DST e Aids, de acordo com o modelo proposto por Kingdon (1995), conforme esquema na próxima página:

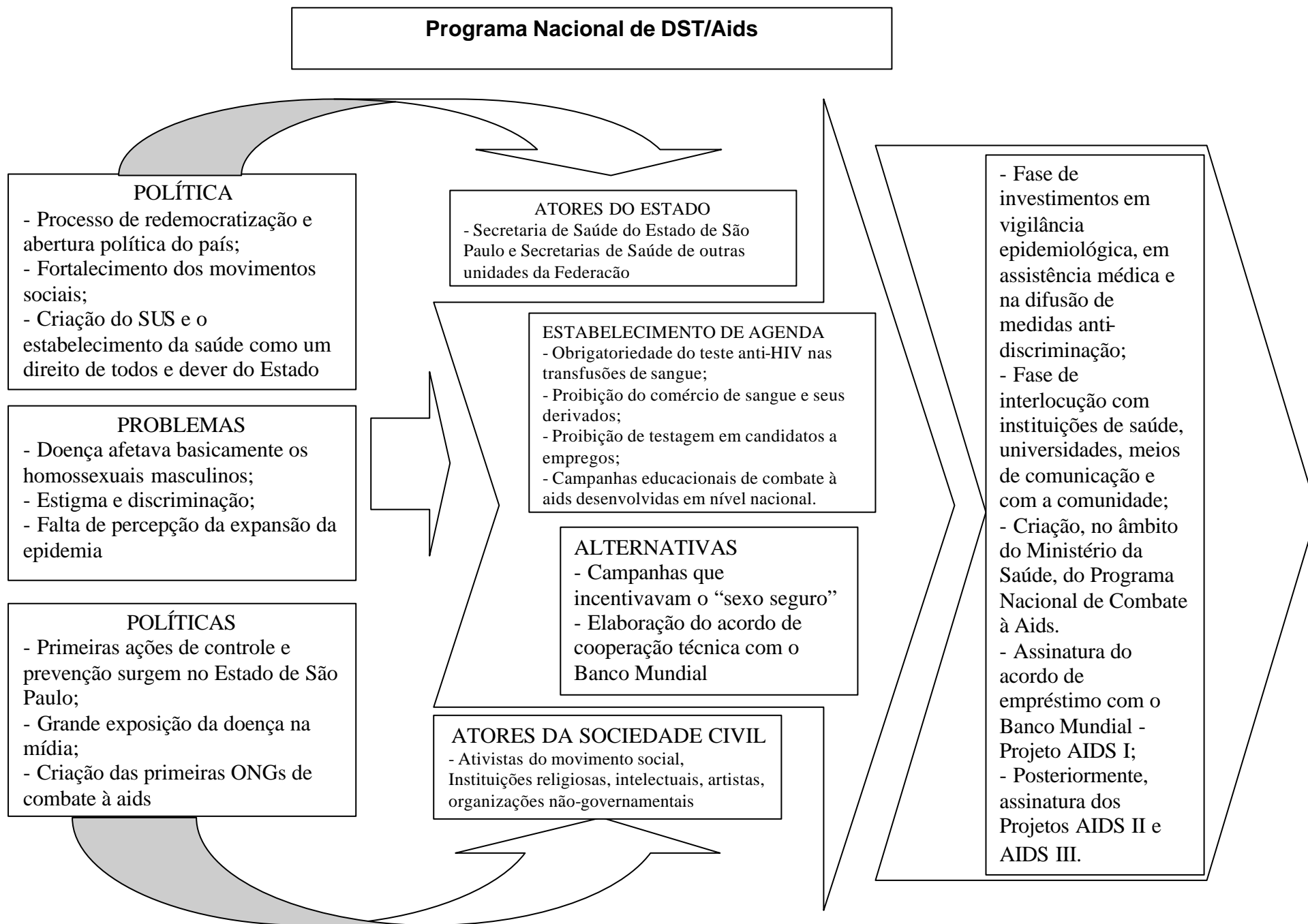


Figura 5. Modelo Conceitual de Kingdon (1995) para análise da etapa de formulação de uma política pública (adaptado pela autora)

Conforme demonstrado no diagrama de Kingdon, o processo de redemocratização do País, o fortalecimento dos movimentos sociais e a criação do SUS na Constituição Federal de 1988, estabelecendo um novo paradigma para o acesso à saúde, que deixava de ter um caráter assistencialista e previdenciário para ser assumida como direito de todo cidadão e dever do Estado em provê-la, forma o pano de fundo aonde vai se destacar o surgimento de uma nova doença no panorama nacional, que se caracterizava por aparecer em grupos restritos da sociedade e que trazia no seu rastro grandes doses de preconceito, estigma e discriminação contra as pessoas afetadas.

Aliado ao que alguns autores chamaram de falta de percepção da expansão da epidemia, os modos para enfrentamento da doença se restringiam a ações pontuais, a princípio em alguns estados e depois em quase todas as unidades da Federação, baseados no modelo seguido pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

A grande exposição dos casos da doença na mídia, a morte de pessoas famosas ou conhecidas do grande público e a criação das primeiras organizações não-governamentais de combate à aids, trazem a tona discussões sobre a deficiência da atuação do Estado sobre uma epidemia que já estava afetando outros segmentos da sociedade, além dos grupos identificados no início da doença. A influência da mídia pode ser constatada também na fala dos entrevistados sobre o início da percepção da doença:

“... a mídia também me ajudou muito, tudo que eu falava saía no jornal, as pessoas liam e entendiam, e pressionavam por ações do governo.”

“... a imprensa é outro parceiro que surge logo, que se incorpora e faz parte de todo o processo nesses mais de 20 anos...”

A sucessão dos acontecimentos e a pressão exercida pelos grupos que trabalhavam para o controle da doença conseguiram criar um ambiente favorável para que as negociações começassem a ocorrer em nível federal. O aumento do número de casos, a falta de perspectiva de vida das pessoas doentes e as conseqüências sociais e econômicas que estes fatores poderiam gerar em um futuro próximo fizeram com que as discussões se prolongassem até que a Portaria nº 236, do Ministério da Saúde, de 2 de maio de 1985, estabelecesse as diretrizes para um programa de controle da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, sob a Coordenação da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária.

Assim, os resultados dos movimentos de pressão que agem sobre o governo e exigem uma resposta centralizada começam a ser vistos, como descrito abaixo por um ator:

“... a aids entrou na agenda governamental, também, por conta da mobilização social à resposta à aids, que se inicia antes da resposta governamental, na cidade de São Paulo, em 83, logo quando surgem os primeiros casos, então o estado de São Paulo responde e logo depois o Rio de Janeiro. Essas respostas estaduais depois se refletem na estrutura do Programa Nacional, quando o tema entra na agenda do governo federal...”

Os relatos dos entrevistados permitem afirmar que o tema da aids somente começou a fazer parte das negociações para a agenda pública a partir das pressões sofridas, seja por parte das Secretarias Estaduais de Saúde que já estavam trabalhando com o tema, seja por parte da sociedade civil que sentia a necessidade da centralização de diretrizes e normas para a incorporação do problema na agenda governamental. O sentimento de gravidade da epidemia e a consciência das deficiências e problemas enfrentados pelos serviços de saúde no país foram a mola propulsora dos movimentos de pressão sobre o Estado para que este se posicionasse e começasse a estabelecer os caminhos que deveriam ser seguidos. A resposta do setor público é reativa aos movimentos sociais de pressão que exigiam ações de responsabilidade federal para que se formasse um perfil único de estratégias de controle da doença.

Assim, após uma série de medidas que tiveram por objetivo a criação da Comissão de Assessoramento em Aids, atual Comissão Nacional de Aids – CNAIDS, e da Portaria Ministerial nº 542/86 que estabelece que a aids passa a ser uma doença de notificação compulsória, em 1988 é finalmente criado o Programa Nacional de Aids, no âmbito do Ministério da Saúde, que vinha atender às crescentes necessidades das instituições já envolvidas no processo desde a identificação da doença no Brasil.

‘... e até hoje há a participação nos programas estaduais, que traziam esse olhar, que era o Rio de Janeiro e São Paulo... por exemplo, eram programas inovadores e, ao mesmo tempo traziam o seu olhar do campo, da ponta, do que estava acontecendo. Isso é uma característica muito forte do Programa, essa inter-relação com o Estado, da CNAIDS, do GAPA, desde a estruturação do Programa em 87.... todo mundo junto para colocar o tema na agenda...”

Em síntese, e a partir do modelo de análise de Kingdon (1995) se pode concluir que o Programa Nacional de DST e Aids consiste na transformação da demanda evidenciada a partir de determinados segmentos da sociedade em diretrizes e ações formalizadas e estruturadas no âmbito do Ministério da Saúde, que visava atender à crescente mobilização em torno do tema da aids no Brasil.

Essa forma particular de concepção do Programa Nacional, considerando o contexto social e político em que foi criado e as especificidades que o têm caracterizado desde o início, aliando o caráter oficial de resposta do governo à uma questão de saúde pública e, ao mesmo tempo, expressando a capacidade que o próprio governo tem de negociar suas alternativas, propiciou a sua continuidade apesar dos percalços políticos e garantiu a sua visibilidade mesmo em momentos de crise.

O diagrama abaixo ilustra a articulação dos diversos fatores mencionados:

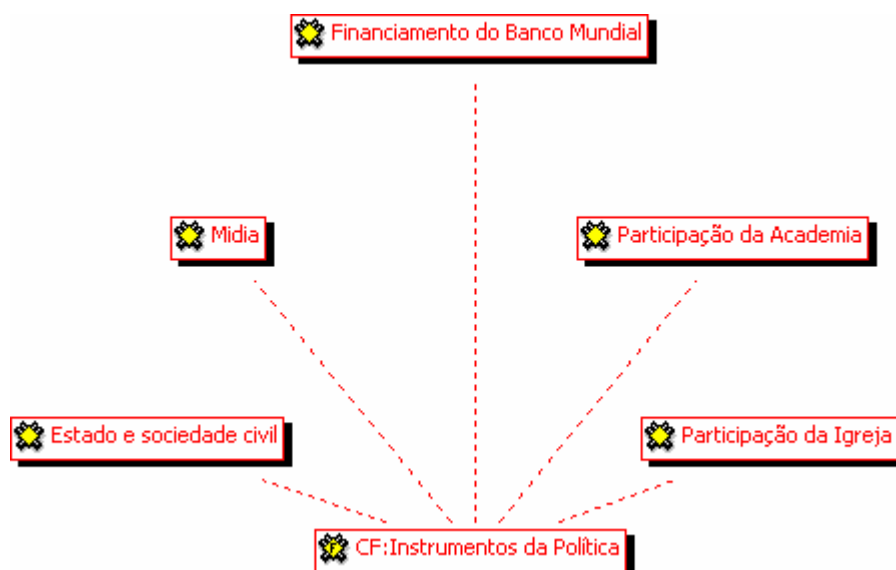


Figura 6. A articulação dos fatores que integram os instrumentos da política de aids no Brasil

CAPÍTULO 4

ANÁLISE DO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS

Nesta etapa da pesquisa, e para facilitar o entendimento da estrutura do processo de desenvolvimento de uma política pública, foi usado o modelo de análise baseado na teoria de Hall (2002), que divide a análise de políticas públicas em categorias de fatores interligados entre si, e fundamentais para que a análise seja compreendida levando em consideração os diversos aspectos que interagem e culminam com a elaboração da política em si, desde a sua inserção na agenda pública até a sua implementação.

Esses fatores são divididos em: contextos, idéias, interesses e instituições, que se unem para formar os instrumentos de que a política vai necessitar para a sua formulação até chegar ao planejamento efetivo das ações governamentais que são o resultado da construção do consenso para o atendimento do benefício requerido.

Por contexto, no estágio de formulação de uma política pública, entende-se o ambiente externo de formulação do qual emergem as situações, as informações, pressões e necessidades que caracterizam uma questão quando da formulação da política pública. Em geral, esses fatores refletem as demandas do grupo social que está à frente da pressão política e têm por objetivo chamar a atenção para um problema novo que surge no cenário ou para aspectos deste que ainda não foram contemplados pelas ações governamentais. O aumento da conscientização da população através da mídia ou mudanças ambientais e sociais também se inserem neste conceito (HALL, 2002).

No caso do processo de formulação da política de enfrentamento ao HIV/aids no Brasil, o contexto histórico, político e social que caracterizou esta política já foi descrito no Capítulo 3, para servir de base ao processo de inserção do tema da aids na agenda pública no decorrer dos anos 80.

4.1 Atores, idéias e interesses envolvidos

Hall (2002) afirma que a política não é somente uma disputa pelo poder, mas também é uma luta pelos interesses envolvidos, onde algumas instituições atribuem poder a alguns

grupos em detrimento de outros. Os interesses, no caso, devem ser vistos como objeto de disputa que, no fim, vão definir o processo político.

Nessa disputa, atores, idéias e interesses se co-relacionam e configuram o panorama de fundo da formulação da política, onde vai prevalecer o jogo de interesses dominante. De uma maneira geral, os interesses vencedores são resultados da interação dos interesses dos grupos envolvidos e não somente àqueles de uma só parte.

Muller & Surey (1998) acrescenta que uma política pública é também um construto social e um processo constante de redefinição da estrutura e dos limites dos campos políticos, onde interagem os diversos grupos e seus interesses.

Considerando esses conceitos, para compreender a interação que houve entre Estado e sociedade civil para a elaboração de uma nova política de saúde que visava combater uma doença ameaçadora para uma determinada faixa da sociedade, ou pelo menos é assim que se imaginava na época, é necessário voltar aos conceitos dos papéis exercidos pelo Estado e pela sociedade civil.

Como definido por Marx e Engels, o Estado tinha como finalidade principal defender os interesses da classe dominante, impondo suas decisões através da coerção às demais classes. No contexto histórico de sua época, esse argumento soava bastante coerente, uma vez que a maioria dos Estados eram regimes políticos autoritários e quase sempre despóticos. Desse modo, o Estado capitalista era tida como “uma arma nas mãos da burguesia, como algo fortemente excludente e coercitivo” (COUTINHO, 1997).

Com o passar do tempo, modificações econômicas e políticas contribuíram para modificar a natureza do Estado capitalista, obrigado pelas lutas dos trabalhadores a incorporar novos direitos de cidadania política e social. Assim, gradativamente, um número maior de pessoas passou a se mobilizar para exercer e exigir o que consideravam ser seus direitos e diversas organizações começaram a se constituir e a agir como forças de pressão. Estas incluíam sindicatos, novos partidos políticos, fóruns de defesa e outros (COUTINHO, 1997). O autor acrescenta que essa ampliação da cidadania política, que é conquistada de baixo para cima, faz surgir no cenário político um novo espaço público, onde desponta uma sociedade que se associa, que faz política, multiplica seus pólos de representação e organiza seus interesses, que muitas vezes são contrários aos representados no e pelo Estado.

Esse novo espaço público foi o que Gramsci chamou de Sociedade civil. De acordo com esse conceito, o Estado se amplia e se enriquece com novas determinações. Usando esse

novo conceito de sociedade civil e aparelhos privados de hegemonia, Gramsci amplia a teoria marxista clássica de Estado. Se para Marx a sociedade civil designava o mundo da economia e dos interesses privados, para Gramsci

“trata-se de uma esfera que, sem ser governamental, tem incidências diretas sobre o Estado, na medida em que nela se forjam claras relações de poder. Por isso, para Gramsci, a ‘sociedade civil’ torna-se um momento do próprio Estado, de um Estado agora concebido de modo ampliado (...) o Estado tornou-se uma síntese contraditória e dinâmica entre a sociedade política e a sociedade civil. Na medida em que essa sociedade civil corporifica e representa os múltiplos interesses em que se divide a sociedade como um todo (...) Torna-se agora obter o consentimento, ainda que relativo, dos governados, o que se opera, sobretudo, precisamente no âmbito da sociedade civil.” (COUTINHO, 1997, p. 163).

Sob essa perspectiva de análise, a ampliação do Estado, para Gramsci, somente se efetiva com a democratização do espaço da sociedade política em um longo e permanente processo que alterna conflito e consenso entre este e a sociedade, onde se comprova que para que a democratização efetivamente ocorra é necessário que a sociedade civil consiga impor a sua hegemonia.

Essa compreensão do Estado é necessária porque é no âmbito do Estado que existem direitos, é o Estado que dá imperatividade à lei que obriga o seu cumprimento (VIEIRA, 1998) e é no Estado que os direitos poderão ser assegurados, universalizados e transformados em políticas sociais. Também é mediante o controle democrático que o Estado se mantém como instância delegada de serviço público, ou seja, a qualidade do Estado depende da qualidade política da sociedade civil. Por último, é fato que, mediante o aprofundamento e o desenvolvimento dos direitos de cidadania, tanto sociais quanto políticos, que foi possível essa nova configuração do Estado. Desse modo, somente quando está em condições de exercer plenamente seus direitos de cidadania a sociedade é capaz de atuar para que haja uma medida política governamental que atenda às suas necessidades sociais.

Durante a análise do processo de formulação do Programa Nacional de DST e Aids, fica claro que, desde o início da percepção da doença no Brasil, os atores que se movimentavam tinham plena consciência dos seus direitos como cidadãos, e usavam dessa prerrogativa para exigir a contrapartida do Estado em prover os meios de acesso a tratamento de que eram necessitados. O sentimento de que eram possuidores de direitos impulsionou em grande medida as ações que seriam tomadas por parte do Estado:

(...) Acho que o fator social mais importante é que, no Brasil, a aids começou na classe média e classe média alta, isso é um fator importante, começou entre intelectuais, na academia, no meio artístico, de pessoas que tinham acesso aos meios de comunicação e tinham influência política, começou na burguesia, vamos dizer assim, eram pessoas que podiam ir para os Estados Unidos, passar férias e lá se infectaram ou outros países também e acho que esse fator foi importante para estabelecer a aids como prioridade política e hoje, claro, cada vez mais a aids é uma doença de pobre ou assume a cara do Brasil, na verdade, eu diria que se a aids tivesse começado com a população de baixa renda, não sei, tenho minhas dúvidas se efetivamente teria tomado o curso de prioridade política como tomou mas, a realidade dos fatos nos mostra que a coisa passa pela questão social e socioeconômica efetivamente.

Coutinho (1997) acrescenta que existe uma profunda articulação entre cidadania e democracia, que também é sinônimo de soberania popular. Ele argumenta que a democracia é concebida como a construção coletiva do espaço público com a plena participação consciente de todos na gestão e no controle da esfera política e, em consequência, no controle da vida social. Por este motivo, o conceito que melhor expressa a democracia é o conceito de cidadania, definida “como a capacidade conquistada por alguns indivíduos de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado”. (COUTINHO, 1997, p. 146).

Assim, o sentimento de volta à democracia que imperava na época, aliado a forte consciência sobre os direitos de cidadania motivaram os grupos a se organizarem com o intuito de influenciar a esfera governamental:

(...) eram intelectuais, universitários, com poder aquisitivo bom, artistas, artistas de televisão, cantores, jornalistas, ou seja, pessoas que tinham capacidade de influenciar politicamente, de controlar os meios de comunicação, então isso criou um pano de fundo político e social.

Como visto, uma das principais características da modernidade é o processo de crescente democratização das relações sociais, onde o Estado, primeiro, resiste para depois recuar e fazer as concessões reivindicadas ou cabíveis em cada momento da vida social e política.

Por este motivo, Telles (1999) demonstra que as experiências construídas na interface entre Estado e sociedade definem ou podem definir uma forma de sociabilidade política que se abre a um jogo de reconhecimento mútuo que permite um novo tipo de regulação capaz de garantir e criar novos direitos.

Como já citado anteriormente, os direitos surgem como expectativas de direitos e mediante uma intensa correlação de forças é que se transformam ou não em direitos positivos. Para a materialização desses direitos, é necessário que eles sejam traduzidos em forma de políticas públicas, programas ou serviços e por meio do controle democrático e da qualidade política da sociedade civil é que será possível que o Estado se apresente com a qualidade requerida.

A maneira como se constrói a resposta brasileira ao problema da aids, a partir da atuação de pessoas inseridas tanto em setores governamentais, como não-governamentais, configura uma articulação entre estas esferas, na qual grande parte dos acordos e, às vezes, desacordos, acontecem entre pessoas que compartilham de um mesmo ideal (TEIXEIRA, 1997).

“(…) Na medida em que você constrói uma proposta de um programa nacional e você convida a uma consulta pública todas as instituições interessadas não é simples você chegar a um consenso porque as pessoas vão ter interesses explícitos, óbvios e outros interesses também, então é a dificuldade natural da construção de uma proposta envolvendo tantos atores e ter que chegar a um denominador comum sem repetir a mesma receita de bolo.”

A necessidade de atender às demandas exigidas pela epidemia implica em um processo de demarcação de responsabilidades e espaços de atuação, e a negociação e disputa entre interesses diferentes, premências e posições dos atores envolvidos no problema. Ao mesmo tempo em que isso ocorre, e para atender à crescente demanda da sociedade, o Estado vai buscar no movimento de luta contra a aids os especialistas de que necessita para a concepção do Programa e vice-versa, sendo comum também a ocorrência de pessoas que têm dupla inserção – governamental e não-governamental, característica específica e particular desse Programa. Essa alternância, embora apresente suas vantagens, também pode implicar em algumas dificuldades para ambas as partes.

Villela (1999) observa que a mudança do lugar ocupado por um mesmo indivíduo e até mesmo a dupla militância, enriquece o enfrentamento da epidemia, na medida em que permite a ampliação do olhar desse ator sobre o problema. Ao mesmo tempo, esse processo tem suas dificuldades, pois, do ponto de vista social, que perde alguém de seus quadros, e do ponto de vista do estabelecimento de parcerias, contratos e acordos, essa mudança pode implicar no rompimento de acordos quando o ator muda de lugar.

De acordo com Muller & Surey (1998), os formuladores de políticas recebem informações de várias fontes diferentes, na maioria das vezes representando a opinião coletiva comum a certos grupos de indivíduos. Estes grupos possuem valores intrínsecos e representam o resultado da interação constante que existe até atingir o consenso requerido pelo problema que está sendo discutido e demandado para as esferas governamentais. Sendo assim, os interesses individuais são englobados pelo interesse geral e é dessa forma que chega aos formuladores de políticas, seja por meio dos processos políticos legitimados pelo regime democrático, seja pelo *lobby* exercido pelos grupos de pressão mais próximos do poder estabelecido.

No caso do Programa Nacional de DST e Aids, o movimento social e político teve que convergir as demandas de vários grupos para um fim comum, acarretando o envolvimento de diversos segmentos da sociedade, como intelectuais, acadêmicos, profissionais da área de saúde, ativistas sociais e grupos marginalizados para um objetivo nunca antes vislumbrado dentro da realidade brasileira. Apesar de lento, e por causa do grande poder de penetração de muitos indivíduos nas mais altas esferas governamentais do país, esse movimento de pressão conseguiu se manter até atingir os seus objetivos principais e cada conquista da sociedade serviu para fortalecer os laços que foram se estreitando entre o Estado e a sociedade na elaboração dessa política.

No entanto, Parker (1994) aponta que, apesar desse envolvimento e na falta de uma resposta governamental mais efetiva, o ativismo e a mobilização política contra a aids têm sido especialmente importantes, chamando a atenção do público em geral para a crescente crise e oferecendo uma visão alternativa de como a sociedade brasileira pode responder a ela. Mesmo assim, nem mesmo esses ativistas têm sido capazes de elaborar uma agenda de políticas que resulte em um desenvolvimento programático mais eficaz, e a crescente tensão entre os ativistas e as autoridades governamentais tem deixado pouco espaço para o diálogo, refletindo-se esse fato na dificuldade de atingir o consenso para o objetivo comum.

O diagrama a seguir demonstra os fatores que compõem as idéias e interesses dos atores envolvidos nas negociações da política de aids no Brasil.

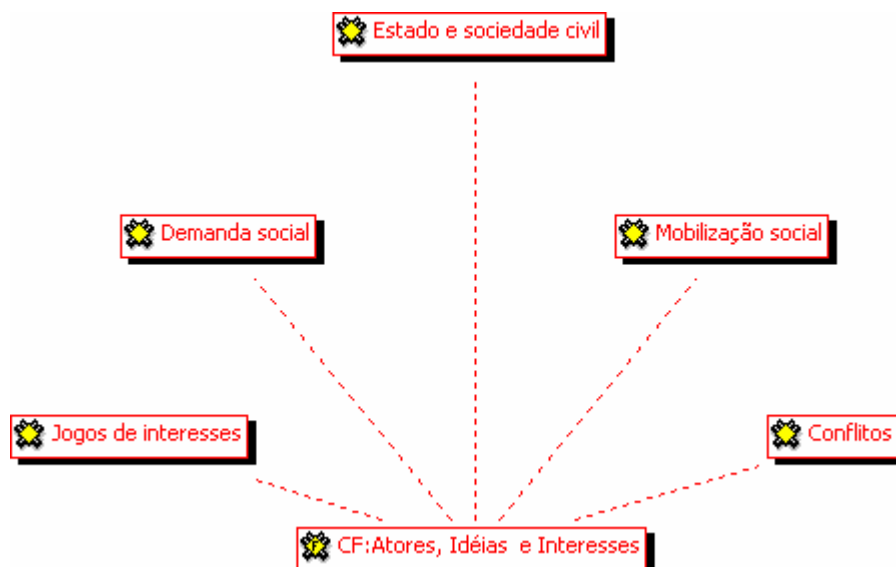


Figura 7. A interação entre os atores e os interesses envolvidos na formulação da política de aids brasileira

4.2 O ativismo e sua relação com as instituições governamentais e não-governamentais

Uma formulação clássica de sociedade civil, usada por Cohen & Arato (2000) é a de que esta é uma esfera de interação social entre a economia e o Estado, composta antes de tudo pela esfera íntima (em especial a família), a esfera das associações (a das associações voluntárias), os movimentos sociais e as formas de comunicação pública. Dessa forma, a sociedade civil consegue exercer, de maneira coletiva, a manifestação da vontade de uma comunidade perante o seu governo e trabalha no sentido de atender, através dos órgãos públicos competentes, a uma demanda instalada e ainda não reconhecida pelos poderes governamentais.

A partir da segunda metade do século XX, instituições da sociedade civil e movimentos sociais passaram a ter um papel central nos processos de construção e/ou reconstrução da democracia. Esse processo se torna visível na América Latina a partir dos anos 70 e 80, onde o surgimento e a proliferação de movimentos civis voltados para a democratização dos regimes políticos modificou o panorama existente até então.

No caso brasileiro, a década de 80 é marcada pela saída de um regime militar que durou quase vinte anos e que deixou marcas profundas na sociedade civil brasileira, com o desmoronamento do sistema público de ensino, a falência do sistema público de saúde e a desarticulação dos movimentos sociais, ainda incipientes.

No contexto dos movimentos sociais, existem características claramente distintas que se relacionam ao surgimento e ao desenvolvimento das organizações não-governamentais, ONGs, delimitando um campo específico de construção de identidades que as diferencia de outras formas de associação, como os sindicatos e as agremiações religiosas ou políticas.

As tensões advindas do fato de não terem fins lucrativos, sem serem filantrópicas; serem políticas sem serem partidárias; serem não-governamentais, mas, eventualmente, manterem relações de cooperação com os governos, constituem a dinâmica original de constituição das ONGs e são, por isso, pontos de definição de identidade e pertencimento que se transformam a cada conjuntura e em cada campo específico (RAMOS, 2004). Além disso, ao contrário das práticas típicas da caridade e do assistencialismo, as ONGs valorizam a capacidade técnica e a competência específica em suas áreas de atuação. São uma categoria à parte de “ativistas profissionais” (RAMOS, 2004), distantes da militância religiosa ou partidária, mas guardando algumas características destas.

Outro aspecto ligado à origem das organizações não-governamentais e à sua proliferação diz respeito ao diálogo estabelecido com entidades e organismos internacionais, como as Agências, Programas e Fundos do Sistema Nações Unidas, em particular com os processos estimulados pelo Ciclo de Conferências Sociais da ONU que aconteceram na década de 90. As fundações e as agências privadas de cooperação internacional também fazem parte desse universo e colaboraram para o crescimento do papel que as ONGs vêm exercendo no contexto político dos países.

Ramos (2004) acrescenta que a presença de organizações não-governamentais e suas perspectivas internacionais foram decisivas para inserir pautas contemporâneas na agenda de formulação de políticas públicas. No Brasil, o exemplo a ser citado é o da construção da resposta brasileira para o enfrentamento da epidemia do HIV/aids, formulada paulatinamente a partir de movimentos advindos da sociedade civil organizada. A análise da atuação governamental e civil diante da epidemia é revelada pelo que vários autores denominaram de história social da aids (DANIEL & PARKER, 1990) e ressalta os aspectos de participação que envolveram os diversos segmentos na época do surgimento da doença no Brasil.

Parker (1994) ao fazer uma descrição da trajetória das políticas públicas frente à epidemia de aids, ressalta as muitas contradições que caracterizam a população brasileira, marcada por uma série de diferenças regionais importantes, bem como por processos altamente variados de modernização e mudança social nas diversas partes do país. As muitas contradições que caracterizam a vida brasileira tornaram-se ainda mais visíveis nas últimas décadas, como resultado das mudanças políticas sociais por que passou o país.

O rápido crescimento e a urbanização transformaram a antiga sociedade predominantemente rural e criaram uma série de novas divisões econômicas e sociais, produzindo uma mudança estrutural no perfil da sociedade do Brasil, onde o empobrecimento da população e a falta de acesso a serviços básicos de saúde e educação propiciaram o surgimento de uma nova realidade urbana, não prevista e ainda não totalmente dimensionada pelos poderes públicos.

Dentro desse panorama, ainda houve a grave recessão econômica que assolou o país no final da década de 80 e início dos anos 90, onde o retorno gradual ao regime democrático comprometeu a legitimidade de muitas instituições políticas. Juntos, esses processos resultaram na deterioração dos sistemas de saúde pública e bem-estar social, limitando a capacidade da sociedade brasileira de enfrentar seus inúmeros problemas sociais e condicionando as formas como ela poderia responder ao surgimento de novos problemas (PARKER, 1994).

Nesse contexto, considerando a ligação das ONGs com os organismos internacionais e a sua suposta autonomia, surgiu uma preocupação a respeito da influência das agendas internacionais no reconhecimento dos problemas nacionais. Além disso, as pautas internacionais e os financiamentos estrangeiros trouxeram para o universo de atuação das ONGs novos conceitos – por exemplo, os projetos – que foram importantes para situar a sociedade brasileira frente às novas complexidades. Nessa trajetória, a presença de membros de organizações não-governamentais e suas perspectivas internacionais foram decisivas para inserir pautas contemporâneas na agenda das políticas públicas (RAMOS, 2004).

Políticas públicas podem ser entendidas como o Estado em ação, implantando um projeto de governo através de programas e de ações voltadas para setores específicos da sociedade (HOFLING, 2001). Ao começar a enfrentar os problemas advindos do surgimento de uma nova doença, ameaçadora e galopante, à ação do Estado tornou-se necessário conjugar esforços e articular diferentes frentes de trabalho, definindo os espaços de atuação, criando e

modificando as políticas e as parcerias que viabilizavam a participação social, e que, na teoria, poderiam frear o avanço da doença.

No início da epidemia de aids no Brasil, o temor da morte era grande, a necessidade era premente e os ativistas priorizavam as ações emergenciais para chamar a atenção dos governos e da sociedade para a nova doença, ainda tida como “câncer gay” e distante da realidade de grande parte da sociedade brasileira, que não se intitulava homossexual ou pertencente aos grupos de risco. Como os medicamentos ainda não eram uma realidade disponível, as ações se limitavam ao seu fim e não havia tempo para reflexões e outras abrangências (LINDNER, 2003).

Galvão (2000) afirma que as organizações da sociedade civil com atividades em HIV e aids fazem parte de um conjunto mais amplo de iniciativas da sociedade civil brasileira e que tende a ser resultante do cruzamento de três fontes tradicionais de ativismo – as universidades, as agremiações religiosas e os partidos ou organizações de militância política de esquerda. Villela (1999) também confirma que a resposta não-governamental à aids transcende o âmbito das ações das entidades criadas com a finalidade específica de lutar contra a epidemia, assegurando os direitos e a qualidade de vida dos portadores do vírus HIV. Ao mesmo tempo, pesquisadores também afirmam que é difícil precisar o que seja uma organização não-governamental de luta contra a aids, a não ser aceitando a autodenominação que algumas instituições dão a si mesmas no decorrer do processo.

Devido ao aspecto de clandestinidade que marcou grande parte das ONGs que surgiram dentro do regime militar, as ONGs que surgiram no tempo da aids buscam apresentar a maior visibilidade possível ao trabalho que realizam (GALVÃO, 2000). Se, por um lado, existe a dificuldade em definir o que seja uma ONG, dada a sua característica diversa e flexível, por outro a livre iniciativa e a pluralidade marcam o surgimento de um novo modelo que vai se afirmando e aprimorando de acordo com as necessidades do momento.

No que diz respeito às respostas não-governamentais brasileiras frente à epidemia, sempre foi utilizada a sigla ONG, que, no entanto engloba diferentes tipos de entidades e de formas de atuação, ao contrário do que acontece no panorama internacional. No caso da aids, não existiu, e ainda não existe um “movimento contra a aids” fora do âmbito das ONGs atuantes na área (GALVÃO, 1997). Uma característica marcante dessas entidades é que se autoclassificam como organizações não-governamentais em oposição às respostas, ou

ausência de resposta, do setor governamental para a epidemia. Neste ponto, Galvão (1997) ressalta que os fundadores das principais ONGs brasileiras de luta contra a aids, com exceções como Betinho, Herbert Daniel e Paulo Bonfim, ou são de uma geração mais nova e, portanto, não viveram o regime militar ou, mesmo tendo vivido este período, não tiveram suas escolhas determinadas por esta experiência.

Galvão (2000) informa que foi entre os anos de 1985 e 1991 que foram criadas as primeiras organizações dedicadas exclusivamente à aids. Esta fase consolidou um padrão de intervenção da sociedade civil que foi responsável pela história da doença no Brasil. Entre 1985 e 1989 foram criadas três organizações paradigmáticas das ações que se multiplicaram nos anos seguintes – O GAPA, a ABIA e o Grupo Pela Vidda (RAMOS, 2004).

O Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (GAPA) foi criado em 1985, na cidade de São Paulo, por iniciativa de vários atores – militantes de esquerda, pessoas ligadas ao movimento homossexual, advogados, intelectuais e médicos que atuavam no programa estadual de atenção à aids. Este movimento celebrizou um novo tipo de discurso através de suas campanhas educativas e também fundou o primeiro serviço de assessoria jurídica para pessoas com HIV e aids, que serviu de modelo para outras entidades, constituindo um campo de atuação que mais tarde seria conhecido como *advocacy* (RAMOS, 2004; VILLELA, 1999; GALVÃO, 2000).

Em 1986, no Rio de Janeiro, foi fundada a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), que influenciou as ações anti-aids primeiro pelo seu pertencimento ao universo das ONGs; segundo por suas articulações com as políticas internacionais de aids e o acesso a financiamentos de agências internacionais de cooperação; terceiro, por sua perspectiva política no trabalho de pressão, cobrança e monitoramento das ações governamentais de prevenção e assistência; e quarto, pela sua preocupação em produzir conhecimento sobre a epidemia e com o desenvolvimento de projetos piloto de prevenção em segmentos específicos, além de sua atuação no campo da mídia, que auxiliava na divulgação dos modos de prevenção da doença para a população em geral (RAMOS, 2004; VILLELA; 1999).

A ABIA, junto com outras ONGs brasileiras estaria presente no I Encontro Internacional de ONGs/AIDS, em Montreal em 1989, e foi a responsável pela articulação com as entidades nacionais para a participação no evento. A partir desse momento, esteve sempre presente nos diferentes espaços internacionais de articulação da luta contra a aids (GALVÃO, 1997).

O ano de 1989 marca o surgimento da primeira organização brasileira de pessoas vivendo com HIV/aids. O Grupo Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids (Pela Vidda) foi criado por Herbert Daniel, então diretor da ABIA, que se descobriu portador do vírus. Desse modo, grupos formados por pessoas vivendo com o HIV/aids passaram a representar uma importante faceta das respostas não-governamentais, alterando o paradigma de assessoria e apoio aos doentes que havia predominado até então.

A multiplicação de organizações que tinham como base os três pilares mencionados – de apoio e de *advocacy*; de pressão política e de pesquisa aplicada; e de pessoas vivendo com aids, ocorreu em escala extraordinária nos anos seguintes. Este campo político e institucional passou a ser chamado de universo das ONGs/AIDS, apesar de gerar alguma controvérsia entre os pesquisadores da área. Alguns analistas passaram a considerar que deste segmento somente faziam parte as organizações dedicadas ao ativismo contra aids e criadas para esse fim (CÂMARA & LIMA, 2000), já outros preferiram chamar de ONGs/AIDS todas as organizações que exerciam alguma atividade contra a epidemia, aí estando incluídos os grupos feministas, os religiosos, os educacionais, os grupos de homossexuais e outras entidades cuja existência passou a ser estimulada pela militância contra a aids, como os grupos de usuários de drogas e de profissionais do sexo (SOLANO, 2000; RAMOS, 2004). Galvão (2000) também inclui nessa classificação as instituições conhecidas como “casas de apoio”, como a casa criada pelo travesti Brenda Lee, em São Paulo e a Sociedade Viva Cazuza, no Rio de Janeiro.

É importante mencionar que, no plano político, o desenho inicial dos padrões de mobilização da sociedade civil foram determinados pela conjuntura de intensa mobilização política por que passava o País por ocasião da redemocratização. Além disso, o primeiro financiamento do Banco Mundial concedido ao Brasil para o controle da epidemia representou um marco histórico nas políticas tanto governamentais, quanto comunitárias de saúde relacionadas à gestão da epidemia. Isso se deu, principalmente, e de acordo com Galvão (2000), porque um item importante da negociação do empréstimo, vital para a centralidade das ONGs no contexto político das ações de prevenção, foi a exigência do envolvimento dessas entidades no processo, especialmente porque eram vistas como mais eficientes para atingir as populações identificadas como “ponta do processo”, como os profissionais do sexo, os usuários de droga e os homossexuais.

Por outro lado, um fato marcante na história das ONGs/AIDS no Brasil foi o ocorrido durante o III Encontro Nacional de ONGs/AIDS, em 1990, onde é apresentada ao coordenador do Programa brasileiro uma reivindicação de que representantes das organizações participassem das negociações que estavam ocorrendo junto à Organização Mundial de Saúde, visando incluir o Brasil em um possível teste de vacina anti-HIV que estava sendo planejado. Dessa forma, se até aquele momento era o Ministério da Saúde quem convidava os integrantes dessas organizações para participar da elaboração de planos e projetos de trabalho, neste momento a situação se inverte e uma atitude mais agressiva e reivindicatória surge por parte das ONGs, requisitando a ocupação de um espaço legítimo e formal de interlocução com as esferas governamentais na abordagem do controle da aids (GALVÃO, 1997; VILLELA, 1999).

Após esse episódio, onde quase houve uma ruptura do movimento de articulação entre governo e sociedade civil, há uma mudança no formato dos ENONGs, onde a participação dos representantes do Programa Nacional demonstra que a parceria entre os movimentos de luta contra a aids e o governo envolve, além da discussão das propostas governamentais, também a discussão das propostas não-governamentais, incluindo a questão do empréstimo do Banco Mundial e o apoio requerido e necessário para fazer chegar às populações as ações de prevenção e assistência planejadas pelo governo (VILLELA, 1999).

A necessidade de garantia de um espaço onde as pessoas soropositivas pudessem trocar informações e promover a articulação política culminou com a criação, em 1995, da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com Aids, e das redes Paulista e Mineira de Mulheres Vivendo com Aids. Essas redes, além de se articular com organismos semelhantes em nível internacional, também cumprem o importante papel de organizar e veicular as demandas das pessoas soropositivas, além de conferir aos portadores do vírus a inclusão social que se contrapõe à discriminação enfrentada pelas pessoas que vivem com a aids (ALTMAN, 1995).

Apesar das críticas, dos constantes embates e do aperfeiçoamento das formas de cooperação, é inegável que, no caso da epidemia de aids, as organizações não-governamentais desempenharam um importante papel para o desenvolvimento das políticas de prevenção e assistência que marcam o Programa Nacional. Desse modo, a presença da sociedade civil organizada no contexto das respostas à epidemia contribuiu efetivamente para o que é conhecido como “a resposta brasileira à epidemia”. Muito embora essa participação tenha acontecido dentro dos paradigmas típicos desse tipo de organização, não-governamental, e das

características de competência técnica, profissionalização da militância e de articulações com organismos internacionais, não se pode desmerecer o seu papel, fundamental, na inserção do tema da aids na agenda pública brasileira.

4.3 Os instrumentos da política – a questão do financiamento do Banco Mundial

O ano de 1992 marca uma nova fase nas políticas públicas de combate à aids no Brasil. Além da reorganização interna, o Programa Nacional volta a se articular com os estados, ONGs e organismos internacionais, o que viria a culminar, em 1993, com a definição de um novo plano estratégico que incluía, entre outras ações, a negociação do primeiro acordo de financiamento com o Banco Mundial. Esse acordo de empréstimo implicou na apresentação de uma contrapartida nacional, mecanismo de coerção imposto pelas diretrizes do Banco que obrigou o País a alocar recursos próprios para o controle da epidemia (GALVÃO, 2000).

O financiamento para o governo brasileiro fazia parte de uma estratégia do Banco Mundial que visava uma atuação mais expressiva na “oferta de idéias” (MATTOS, 2000) no âmbito da saúde para os países em desenvolvimento. Nessa época, o Banco passa a apresentar propostas de políticas de saúde, cujo objetivo era a reforma dos dispositivos de financiamento dos serviços de saúde.

Essa reforma, em linhas gerais incluía a redução da participação do Estado no financiamento dos serviços de saúde e o fortalecimento dos setores não-governamentais ligados à prestação de serviços e à descentralização dos sistemas públicos de saúde (MATTOS, 2000).

Assim, o financiamento para o programa de aids brasileiro fazia parte tanto dos planos estratégicos do Banco Mundial quanto do planejamento dos formuladores da política nacional de aids.

Visto pelos atores entrevistados como uma grande estratégia dos formuladores do Programa, já que o financiamento do Banco Mundial obriga a uma contrapartida com os recursos nacionais, há uma certa unanimidade de pensamento sobre o que isso representou para as ações do Programa Nacional:

“... o maior impacto, para mim, do Banco Mundial no projeto é que ele traz uma racionalização para uma política de saúde que ainda não tinha sido vista...”

“... os financiamentos foram fundamentais e imprescindíveis para garantir, inicialmente, o trabalho de prevenção, a disponibilização dos anti-retrovirais e a própria disponibilização dos preservativos usados na prevenção...”

A execução do AIDS I provocou mudanças tanto nas respostas governamentais quanto nas não-governamentais frente à epidemia do HIV/aids no Brasil. Entre essas, Galvão (2000) destaca o aumento dos recursos financeiros disponíveis no País para desencadear ações frente à epidemia; o crescimento do número dessas ações; o papel de liderança desempenhado pelo Programa Nacional de DST e Aids em nível regional; e a maior visibilidade do programa brasileiro de aids, tanto regional, quanto nacional e internacionalmente.

Quanto às ações do Banco Mundial, o empréstimo destinado às ações para conter a epidemia de HIV/aids em função do volume financeiro envolvido, oferece ao Programa brasileiro de aids condições sem precedentes dentro do que vinha sendo feito no país. Para alguns países, inclusive o Brasil, os empréstimos do Banco Mundial tornaram-se uma das maiores fontes de recursos para as atividades em HIV/aids, e propiciaram a projeção das políticas brasileiras como das mais abrangentes já implementadas (GALVÃO, 2000).

Um ponto importante destacado por Galvão (2000) é a dificuldade da obtenção de dados sistematizados sobre a epidemia no País, como a ausência de arquivos e a imprecisão de datas nos poucos documentos relevantes encontrados nos setores competentes. Com a implementação do AIDS I, nota-se claramente a mudança desse padrão, e as informações sobre a atuação do Programa Nacional, além de estar mais acessíveis, estão compiladas de maneira que permitem uma análise e um melhor conhecimento das ações realizadas e em andamento.

Em 1998, um novo projeto foi elaborado e apresentado ao Banco Mundial, visando dar continuidade às ações contra o HIV/aids no Brasil. O AIDS II – Desafios e Propostas, representava a continuidade do acordo de empréstimo entre o governo brasileiro e o Banco Mundial para as ações contra a aids. O AIDS II, no total de 300 milhões de dólares, recebeu um financiamento de 165 milhões do Banco Mundial, sendo a contrapartida nacional de 135 milhões de dólares. A vigência do AIDS II foi de 1998 a 2002 (GALVÃO, 2000).

Os Projetos AIDS I e AIDS II contribuíram para a melhoria da qualidade dos serviços de diagnóstico, tratamento e assistência aos portadores do HIV/aids e DSTs e também para a expansão dos serviços em todos os 17 estados da Federação. Embora esses projetos não

financiassem o custo dos medicamentos anti-retrovirais, foram a base dos financiamentos críticos em capacitação para tratamento e assistência que possibilitaram a efetivação dos medicamentos disponibilizados aos doentes.

“... a criação dos 3 projetos com o Banco Mundial, que foi o momento em que realmente centraliza aqui em Brasília, foi necessário para criar as estruturas que temos hoje, não só em termos de criar estruturas físicas, mas criar ambientes políticos favoráveis, ambiente de prevenção favorável.”

A assistência do Banco Mundial também estimulou as parcerias público-privadas, expandindo consideravelmente a capacidade de cobertura do Programa Nacional, especialmente para alcançar grupos marginalizados e de difícil acesso para as políticas públicas.

A injeção de recursos e o estabelecimento de convênios com instituições e setores fora do âmbito do Ministério da Saúde e até mesmo externos à esfera governamental distanciam o Programa dos demais setores do Ministério da Saúde e dos outros Ministérios, uma vez que a autonomia financeira possibilita também a autonomia política e institucional (VILLELA, 1999). A principal consequência desse distanciamento é a não-incorporação das ações anti-aids pelos outros setores da Saúde, fato que só irá se modificar a partir de 1997, onde acontece o resgate da parceria para potencializar a conquista do mesmo objetivo.

Sem negar a importância dos empréstimos do Banco Mundial para o fortalecimento das políticas de combate à aids, é imprescindível sempre recordar que a resposta à aids no Brasil é muito anterior ao primeiro projeto financiado pelo Banco. Também é preciso ressaltar que, desde a sua origem, ela esteve baseada em dois eixos fundamentais, que foram a demanda e a participação dos movimentos sociais organizados e a contribuição de técnicos especializados e comprometidos com a construção de um sistema de saúde que assegurasse o sistema universal de saúde para todos. A ação conjunta desses dois eixos permitiu que o primeiro empréstimo do Banco Mundial fosse apropriado sem que, com isso, o governo se afastasse de suas premissas. Ao contrário, o governo brasileiro aproveitou a oportunidade para lançar as bases do mais inovador programa de distribuição gratuita de medicamentos anti-retrovirais para os doentes (MATTOS, TERTO JR. & PARKER, 2001).

Alguns atores entrevistados concordam que não houve passividade por parte do governo brasileiro em se submeter às normas estabelecidas pelo Banco Mundial. Ao

contrário, é ressaltada a capacidade de negociação dos gestores governamentais e os resultados obtidos durante a articulação que precedeu os acordos de empréstimo:

“... é interessante também dizer que nós não recebemos esses empréstimos de uma forma passiva somente atendendo às exigências do Banco Mundial, é importante ressaltar, até por conta da participação da sociedade civil, que nós brasileiros também colocamos condições ao Banco nas negociações desses acordos.... eram reuniões muito tensas com a missão do Banco Mundial, mas de alguns princípios nós não abríamos mão porque foram princípios pactuados com a sociedade civil e nós sabíamos que sem a participação e o apoio da sociedade civil nós não poderíamos avançar na implementação das políticas...”

Apesar das divergências existentes entre o governo brasileiro e o Banco Mundial quanto às prioridades das políticas de aids, em 2002 foi negociado um novo empréstimo, no valor de 100 milhões de dólares, que junto com a contrapartida nacional de mais 100 milhões de dólares, se constituiria no Projeto AIDS III.

O Projeto AIDS III, cuja vigência vai de 2003 a 2006, mantém as principais metas dos acordos de empréstimos anteriores, como a melhoria da cobertura e da qualidade das intervenções de prevenção e assistência; o fortalecimento dos gastos do Programa com o monitoramento e avaliação das ações; e a introdução de novas tecnologias no campo de vacinas e tratamento. Dessa forma, o AIDS III tem como objetivos reduzir a incidência das DSTs e do HIV e melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids, através do fortalecimento da eficácia e da eficiência da resposta nacional e da garantia de sua sustentabilidade a médio e longo prazos.

Em síntese, desde o início da formulação de políticas públicas de saúde para o enfrentamento da epidemia, o Banco Mundial já financiou cerca de mais de US\$ 425 milhões para o programa brasileiro de combate ao HIV/AIDS, no início por meio de um componente de um projeto de controle de doenças endêmicas, e depois por meio de três acordos de empréstimo. O primeiro empréstimo, aprovado em 1993, foi de US\$ 160 milhões e tinha como objetivo testar e implementar as principais estratégias para combater a epidemia. O segundo empréstimo, aprovado em 1998, foi da ordem de US\$ 165 milhões e financiou a segunda fase do programa e o terceiro, aprovado em 2003, no valor de US\$ 100 milhões reitera o apoio do Banco ao Programa Nacional de DSTe Aids às políticas de prevenção da epidemia. Como nos projetos anteriores, não faz parte do acordo o fornecimento gratuito de medicamentos aos doentes, carro-chefe da política brasileira de combate à aids (BANCO MUNDIAL, 2006).

Em suma, se os atores entrevistados concordam que o financiamento do Banco Mundial foi estratégico para a implementação e consolidação da resposta brasileira, por exigir a contrapartida do Tesouro Nacional para complementar o total dos Acordos, também é importante ressaltar a firmeza demonstrada pelo governo para assegurar o que era considerado primordial dentro da política. Os atores não relacionam o sucesso para a assinatura dos empréstimos como uma rendição do governo às imposições do Banco.

A figura abaixo demonstra os instrumentos de financiamento da política brasileira de aids quando da efetivação dos Acordos com o Banco Mundial:

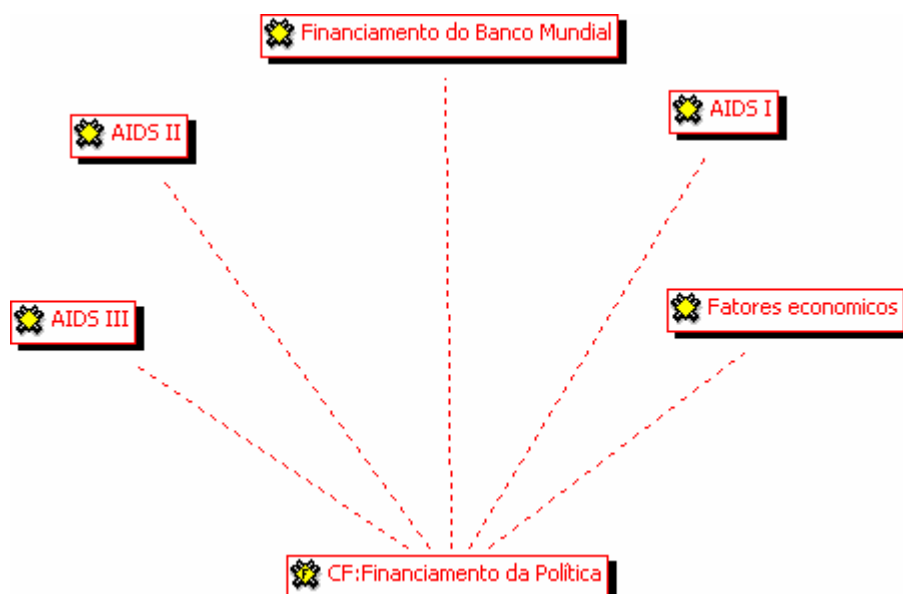


Figura 8. O financiamento do Banco Mundial

Na visão histórica da construção das políticas para o enfrentamento da epidemia de HIV/aids não pode deixar de ser mencionada a relação conflituosa presente nas negociações que envolviam o governo, a sociedade civil e o Banco Mundial. Garrison (2000) afirma que durante as duas últimas décadas o Banco Mundial tem adotado medidas específicas para intensificar as relações com a sociedade civil no mundo inteiro, adotando políticas e programas mais participativos, inclusive no Brasil. A experiência recente com projetos financiados pelo Banco Mundial no País tem demonstrado que, quando se estabelece um

diálogo produtivo entre o governo, a sociedade civil e o Banco, as diferenças tendem a ser minimizadas e é possível chegar a um consenso.

No caso específico da aids, onde o programa de distribuição de medicamentos anti-retrovirais destoava das recomendações do Banco Mundial, cuja posição é de que os pacientes com aids devem pagar por seu tratamento da mesma forma e na mesma medida dos pacientes com outras doenças (MATTOS, TERTO JR. & PARKER, 2001), as divergências não chegaram a impedir a assinatura de novos acordos. A assinatura do projeto AIDS III demonstrou que é possível o diálogo político entre os diversos atores a fim de permitir a sustentabilidade do programa brasileiro e, que, apesar das diferenças, este continua a ser um dos programas de referência no tratamento da doença.

Também não é possível negar a capacidade de negociação do governo brasileiro durante as articulações para a assinatura dos empréstimos. Se, por um lado, era importante conseguir a liberação dos recursos para a continuidade das ações já iniciadas, por outro o governo, apesar das pressões sofridas, conseguiu manter as suas diretrizes no que se refere à distribuição dos medicamentos aos doentes, demanda dos movimentos sociais atendida através do Sistema Único de Saúde, mas oficialmente combatida pelos organismos de financiamento. O principal argumento utilizado é o de que um país que ainda se encontra em fase de desenvolvimento deve centralizar sua política na área da prevenção de novos casos, e não comprometer grande parte de seu orçamento no fornecimento gratuito de anti-retrovirais às pessoas já infectadas. O fortalecimento das políticas de prevenção trariam como resultado, em longo prazo, a diminuição do número de doentes e a falta de recursos em outras áreas da saúde.

(...) Tem uma questão que acho que tem de chamar atenção que ocorre diferente em outros países é que as diretrizes postas pelo banco não tiveram reflexos, não é por que o banco não impunha, mas por que o governo brasileiro tinha capacidade de negociação, e não só isso, mas aquilo que não era possível ser incorporado no acordo de empréstimo, o governo brasileiro vai lá e financia ele próprio, por exemplo, medicamentos, importação de exames de diagnóstico, isso não é diretriz do banco, muito bem, se não é, nós financiamos, então o processo de negociação com o banco é muito soberano e ele dita bem a regra, o governo brasileiro conseguiu com o Banco Mundial impor em todos os seus processos de negociação qual era e perspectiva nacional e qual que era a necessidade, e isso nunca vi em nenhum lugar, e não sou nenhuma sumidade nessa questão, mas conhecendo outros acordos de empréstimos elaborados na mesma época e até hoje, como o Banco Mundial a relação com aids é muito diferente, têm empréstimos por aí que acabam incorporando essas diretrizes normativas de forma muito mais intensas, outros países, por exemplo, o banco determina o que fazer, o que é muito diferente no Brasil.

(...) foi o caso brasileiro em relação à aids, ao invés de incorporar o discurso do banco no início de que a priorização era prevenção e não deveria intensificar as ações de assistência, o governo brasileiro foi lá e bancou

o contrário, ações de assistência têm a mesma importância do que prevenção e nós financiamos, isso cria um paradigma à política de aids.

(...) Agora é interessante também dizer que nós não recebemos esses empréstimos de uma forma passiva somente atendendo às exigências do Banco Mundial, é importante ressaltar, até por conta da participação da sociedade civil, que nós brasileiros também colocamos condições ao Banco Mundial nas negociações desses acordos, eu participei de algumas reuniões com o Banco Mundial, eram reuniões muito tensas com a missão do Banco Mundial, mas alguns princípios nós não abríamos mão porque foram princípios pactuados com a sociedade civil e nós sabíamos que sem a participação da sociedade civil e sem o apoio dela nós não poderíamos avançar na implementação das políticas e o Banco Mundial foi sensível a tudo isso e esses acordos acabaram dando certo para ambos os lados.

Apesar da posição contrária preconizada pelo Banco Mundial, o Brasil foi o primeiro entre os países em desenvolvimento a garantir a assistência, através da distribuição dos medicamentos às pessoas afetadas pela aids, possível graças a uma arrojada política de negociação do governo e o País tem participado ativamente, desde a década de 80, de iniciativas em âmbito global para aumentar o acesso ao tratamento anti-retroviral e a outros insumos de saúde, bem como melhorar a resposta ao HIV/aids em outros países.

Graças à experiência adquirida durante os processos de negociação, o Programa Nacional vem ampliando de maneira contínua as cooperações técnica, científica e tecnológica em HIV e aids no decorrer dos últimos anos. Essa cooperação técnica, não sendo necessariamente financiamento, promove amplos programas de intercâmbio de experiências e contempla várias áreas do conhecimento, como prevenção, assistência e tratamento, vigilância epidemiológica, gestão de recursos, direitos humanos e articulação entre governo e organizações da sociedade civil. Nota-se, nestes casos, que a integração entre o Estado e a sociedade civil organizada reflete-se em visibilidade internacional e fortalece a imagem do governo brasileiro como articulador competente em fazer valer suas propostas sem declinar das necessidades reconhecidas e atendidas pelos organismos internacionais, em especial os organismos financiadores de políticas públicas de saúde.

Garrison (2000) relata um estudo onde foram analisadas as relações entre o Banco Mundial, o governo brasileiro e a sociedade civil, representada pelas organizações não-governamentais participantes de projetos em várias áreas que haviam recebido recursos de financiamento do Banco Mundial. Esse estudo é útil para demonstrar as diferentes percepções dos mesmos atores em um determinado momento político e social, e reitera as dificuldades enfrentadas pelos diversos organismos em conciliar seus interesses de maneira satisfatória

para todos os envolvidos em desenvolver ou implementar políticas públicas em um contexto específico.

No decorrer do estudo, fica claro que o Banco Mundial tem uma imagem no Brasil muito mais associada às políticas de ajuste estrutural do Fundo Monetário Internacional do que a de um organismo de desenvolvimento que financia iniciativas de combate à pobreza e outras iniciativas sociais. A crítica da sociedade civil, nesse sentido, baseia-se na posição que o Banco assume ao adotar uma postura econômica e tecnocrática em relação ao desenvolvimento, ignorando os aspectos sociais e institucionais do desenvolvimento. Este comportamento está evidenciado durante as negociações dos acordos de empréstimo conhecidos como AIDS I, II e III, já que a tônica de assistência do governo sempre foi um dos momentos críticos do processo de articulação. Por outro lado, o Banco Mundial é visto de maneira positiva ao incentivar o governo a manter uma relação mais aberta e de colaboração com a sociedade civil, queixa sempre presente nos movimentos sociais reivindicatórios.

As percepções mútuas equivocadas entre o governo, as organizações da sociedade civil e os organismos de financiamento podem acarretar ou agravar problemas políticos que se evidenciam durante os processos de formulação de políticas públicas. No Brasil, apesar do avanço alcançado pelo Programa Nacional, muitas vezes esses conflitos atrasam as negociações, já que os impasses podem demorar meses para serem resolvidos. É importante mencionar que essa diferença de percepção não ocorre somente com os organismos de financiamento, mas também com os organismos internacionais que prestam assistência técnica ao governo nas mais diversas áreas. No caso da saúde, e do Programa Nacional de DST e Aids em especial, essa inter-relação envolve, além do Banco Mundial, outros organismos do Sistema Nações Unidas que trabalham para o controle e a prevenção do HIV e aids.

Fumo (1998) menciona que o Banco encontra-se em uma posição singular e que, com isso, pode facilitar o diálogo e a interação entre o governo e a sociedade civil devido ao seu relacionamento direto com o governo, principalmente nas áreas financeira e econômica. O autor também menciona que durante a preparação para a aprovação do Projeto AIDS I, o Banco desempenhou um papel positivo de articulador. Apesar disso, não está claro que o Banco sempre exerça um papel catalisador para a interlocução entre a sociedade civil e o governo (SANTOS FILHO, 2001), já que não é função do governo envolver as organizações não-governamentais na formulação das políticas, mas sim que deve ser de interesse da

sociedade organizada participar desse momento e garantir sua presença. Ao governo cabe prever essa participação e assegurar os canais competentes para a articulação, uma vez que muitos projetos de desenvolvimento necessitam da participação e da legitimidade que somente as organizações sociais podem ter.

Voltando ao Programa Nacional, sem a participação das organizações não-governamentais para atingir os indivíduos que se encontram na ponta do processo, não teria sido possível as estratégias de enfrentamento da epidemia conforme desejado pelo governo.

4.3.1 O apelo financeiro e a execução dos recursos: cooptação da sociedade civil pelo Estado e a “ditadura dos projetos”

Usado por Galvão (1997; 2000), em várias de suas obras, o termo “ditadura dos projetos” assinala as mudanças significativas no cenário nacional a partir da entrada de novos recursos, em especial os provenientes dos organismos internacionais para as ações programáticas do Programa Nacional de DST e Aids e outros, em todos os setores da esfera governamental.

As mudanças ocorridas no cenário internacional ocasionam uma redefinição de prioridades das agências de fomento e muda os termos da agenda das ações que devem ser apoiadas nos países. Nesse novo contexto, a aids deixa gradativamente de ser um campo onde são alocados recursos para ajuda humanitária e passa a ser, em alguns países, fonte de empréstimos, em especial dos fundos do Banco Mundial (GALVÃO, 2000).

Apesar de não ser um fenômeno novo para as ONGs, o trabalho baseado em projetos específicos x financiamento internacional se torna quase o modelo padrão para as ações de intervenção que são desenvolvidas pelas ONGs. Por outro lado, considerando esse cenário, nota-se que a partir desse momento os projetos de prevenção desenvolvidos pelas organizações não-governamentais começam a se destacar e a desempenhar um papel fundamental na agenda de trabalho e de prioridades das organizações que prestam serviços relacionados ao HIV/aids.

Galvão (2000) destaca que o fator que tornou os projetos de prevenção um componente fundamental na estratégia global de diminuição da infecção pelo HIV, é a noção

de que o aumento do conhecimento médico e científico sobre a aids não foi acompanhado pela redução do número de novos casos. Este dado foi considerado para a importância das ações localizadas e produzidas, cada vez mais, em consonância com as necessidades do público-alvo, que era atingido pelas ações das ONGs.

Como as ações localizadas pressupõem maior conhecimento tanto sobre o meio em que se irá atuar, quanto pelas realidades apresentadas por grupos e comunidades específicos, as ONGs tinham um papel-chave a desempenhar na estratégia de diminuição da infecção, já que em sua maior parte, os projetos desenvolvidos pelas ONGs estavam baseados na implementação de respostas imediatas que tentavam agir na mesma velocidade de atuação do vírus. Apesar das dificuldades identificadas nestes projetos, eles foram tidos como fundamentais para tentar conter uma epidemia mundial que era mencionada como “fora de controle” (GALVÃO, 2000).

Galvão (2000) ainda explica que esse novo modelo de gerenciamento da epidemia e o destaque aos projetos de intervenção trouxe uma mudança na qualidade e no estilo dos projetos vistos até então. A entrada em cena de instituições como o Banco Mundial e a USAID, com suas estratégias globais de enfrentamento da epidemia mudou as regras não somente do que é esperado com o financiamento, mas também a forma como os projetos são apoiados. Para estas instituições, além do suporte financeiro para as ações desenvolvidas localmente, também é importante mensurar as tendências da epidemia e identificá-las em uma escala mundial que vai nortear os próximos financiamentos.

Continuando em sua reflexão, a autora menciona que isto acarreta dois paradigmas de prevenção do HIV/aids: o primeiro baseia-se na ação política e cultural; e o segundo, na intervenção comportamental, baseado em noções de saúde pública. Como conseqüências dessa abordagem, Galvão cita:

- a) As entidades têm de redefinir os seus quadros, necessitando de mais apoio financeiro e administrativo, já que precisam atender às normas e regras de prestação de contas destes organismos;
- b) Nota-se uma despolitização progressiva que a ênfase neste tipo de projeto acarreta, uma vez que cria uma nova forma de relacionamento mais dependente e menos ativista. Os financiadores querem ver e medir resultados, procedimentos que o ativismo e a ação cultural nem sempre permitem; e

- c) A tendência que Galvão identifica e denomina como “ditadura dos projetos” faz com que o crescimento da epidemia acarrete uma resposta interna da ONG, ou seja, cria um círculo vicioso onde a ONG cria um novo projeto para atender a uma nova demanda, principalmente se existe a possibilidade de novos financiamentos.

Estes fatores afetam a condução das políticas locais relativas à aids e levam tanto os governos como as entidades da sociedade civil a terem que repensar suas estratégias de enfrentamento da epidemia.

Seguindo nesta linha, Santos Filho (2001) acrescenta mais uma consequência dessa ditadura de projetos, que é a dependência do governo e dos financiamentos e o afastamento do setor comunitário do engajamento em questões de seu interesse. Ao utilizar as ONGs em sua capacidade técnica para serem executoras de diversas e importantes ações programáticas contra a epidemia, o governo acabou estabelecendo um lugar secundário para as organizações do movimento social. Nessa relação de dependência, o movimento social deixou de reclamar uma posição de co-autoria nas políticas públicas e assumiu a posição de mero executor.

Ao deixar de reivindicar um outro status, o movimento social, como um todo minimizou sua importância em negociações nacionais e internacionais importantes e deixou de ter sua relevância política reconhecida, tanto no âmbito nacional como no internacional. Chamado por alguns autores de “cooptação das ONGs pelo Estado”, esta situação promove uma progressiva despolitização do movimento social do início da epidemia e o debate em torno da doença no Brasil passa a ser mediado pelos recursos financeiros disponíveis.

Apesar da discussão ser antiga, os debates sobre a perda de visibilidade política das ONGs na cena pública nacional e a necessidade de estas recuperarem sua identidade como atores sociais, rompendo com o seu papel de meros executores de políticas continuam atuais, muito embora os mecanismos de financiamento ainda sejam uma barreira forte a ser transposta, já que a falta de recursos é um dos grandes problemas enfrentados por estas instituições.

4.4 Refletindo sobre a interação do Estado com a sociedade civil – o fortalecimento do Programa Nacional de DST e Aids e a riqueza da resposta brasileira à epidemia

Se já foi dito exaustivamente que a inserção do tema da aids na agenda pública e a conseqüente formulação e implementação de políticas que visam conter o avanço da epidemia é fruto da constante articulação existente entre as esferas governamentais e a sociedade civil organizada, é sempre relevante ressaltar o que esse pioneirismo traz de positivo para a área de gestão de políticas públicas.

O estado de alerta que a sociedade civil mantém quanto às decisões do poder público em relação ao HIV/aids promove a continuidade do debate e o monitoramento necessário para o fortalecimento do Programa.

Os inúmeros fatores que se entrelaçaram para formar o que atualmente é reconhecido como experiência bem sucedida no cenário internacional, ainda hoje estão presentes e contribuem para que o Programa Nacional de DST e Aids dê continuidade ao diálogo, muito embora possa haver, em determinados momentos, pontos de tensão ou inflexão que necessitam ser discutidos e reconfigurados.

Para melhor visualização da complexidade do processo de interação e articulação que caracteriza a formulação e a implementação do Programa Nacional, o diagrama a seguir reproduz de maneira simplificada a maior parte dos fatores componentes desse processo:

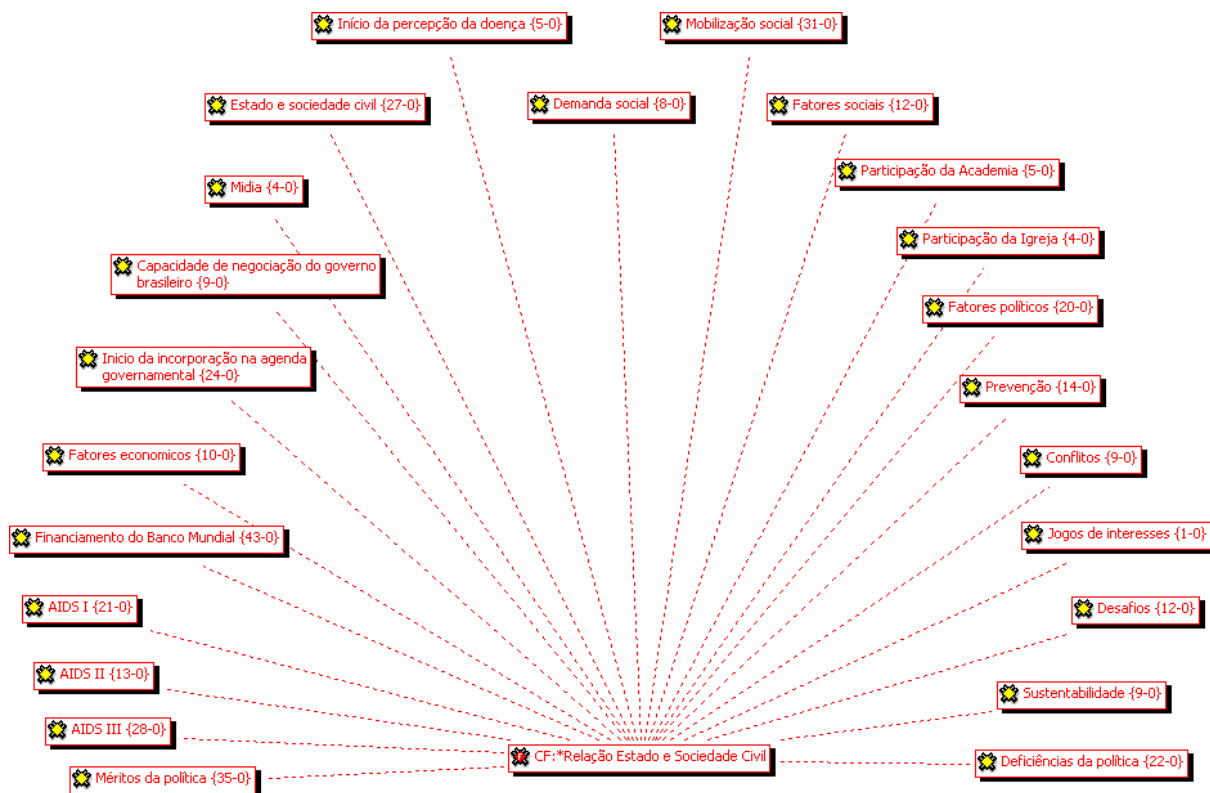


Figura 9. O entrelace dos fatores na relação Estado e Sociedade civil para a formulação da política brasileira de aids

Como visto, o engajamento da sociedade civil brasileira na luta contra a aids é um processo contínuo, que se aprimora com o passar do tempo e se enriquece com o acréscimo de novos grupos e redes de pessoas vivendo com HIV/aids, além de especialistas que se dedicam em pesquisar métodos e alternativas para o controle ou a cura da doença.

O protagonismo que o Brasil exerce e seu papel de liderança frente a outros países envolvidos no tema foi construído pela responsabilidade conjunta e ainda se mantém graças à cooperação e correlação existente entre as duas áreas, governamental e não governamental.

Grangeiro *et al* (2006), ao ressaltar a importância da promoção de ações nas áreas de prevenção, combate à discriminação e redução das vulnerabilidades, reafirma a relevância do envolvimento da sociedade civil em todas as fases de construção da resposta, reforçando o princípio da necessidade de participação das pessoas para o exercício de controle social sobre as políticas públicas.

Por outro lado, Villela & Veloso (2006) afirmam que a participação de pessoas que atuam em organizações não-governamentais e participam em instâncias ou fóruns de governo

tem sido discutida nos espaços da sociedade civil. Seu questionamento se refere a quais mecanismos essas pessoas conseguem assegurar para expressar a necessidade ou a realidade de seu grupo de referência. Ou então, se essas opiniões e pareceres são efetivamente consideradas no painel de decisões.

Se ainda não há clareza sobre esse aspecto, por outro lado não como negar que a força do Programa está baseada nos dois pilares que serviram de base desde o início: a pressão da sociedade civil e a capacidade de articulação do governo.

Ao analisar o crescimento e o fortalecimento do Programa no decorrer de quase três décadas, e os resultados que foram alcançados pelo Brasil na área da prevenção, tratamento e assistência aos portadores do HIV/aids, se têm a noção da profundidade que essa inter-relação pode alcançar e que, com algumas melhorias e adaptações, poderia talvez ser estendida para outras áreas da saúde, onde não há evidências de participação tão sólida dos grupos da sociedade civil.

A estrutura que o Programa tem hoje, conforme demonstrado no Anexo xxx, mostra que é possível se manter e crescer, apesar das dificuldades inerentes às políticas públicas, em especial de saúde, nos países em desenvolvimento.

Por fim, a Declaração de Compromisso sobre o HIV/Aids das Nações Unidas recomenda que os governos realizem análises periódicas de suas ações frente à epidemia com a participação da sociedade civil. Apesar do foco da Declaração estar em países e regiões onde é alta a prevalência do HIV ou que estão em fase de expansão rápida da epidemia e que não contam com um sistema de saúde estruturado, deve-se considerar a validade da Declaração para outros países, e adequar as suas diretrizes para a realidade brasileira.

Villela & Veloso (2006) confirmam que o pioneirismo da política brasileira faz com que alguns dos princípios da Declaração de Compromisso já estejam contemplados, de forma total ou parcial. Um dos exemplos citados refere-se à integração entre as ações de prevenção e assistência, uma das características do Programa Nacional desde a sua formulação, e à participação da sociedade civil na definição e acompanhamento das ações.

Dessa forma, a recomendação que trata do tema de “participação da sociedade civil”, que faz parte da Declaração de Compromisso considera outras realidades que não a brasileira, onde já existe esse engajamento.

Por último, não se poderia deixar de mencionar o consenso que existe entre os atores da sociedade civil e do governo quanto aos méritos da política de aids brasileira. Todos os

atores entrevistados reconheceram a importância do programa e seu esforço em combater e prevenir a doença. Além disso, afirmam que a visibilidade alcançada pelo país nessa área é fruto de muito trabalho contra o preconceito, a discriminação e a falta de conhecimento que atinge várias áreas da saúde pública.

Apesar das críticas, é fácil detectar que há uma aprovação por parte desses atores de que a abordagem adotada e as lutas desencadeadas pelos direitos das pessoas afetadas, além da parceria estabelecida desde o início entre o governo e a sociedade civil, consegue mostrar resultados que nenhum país em desenvolvimento ainda conseguiu nessa área.

“... acho que o grande mérito do Programa Nacional de Aids é conseguir estabelecer um diálogo muito franco entre a sociedade e o governo para resolver as questões relacionadas à epidemia...”

“... acho que o programa brasileiro, o resultado, a resposta à epidemia no Brasil, o mérito dela é do trabalho conjunto do governo e da sociedade civil, este é o diferencial que se vê com relação a outros países...”

Finalizando, se como toda política pública de destaque o Programa Nacional de DST e Aids necessita de constante monitoramento e correção de seus rumos, por outro lado não se pode negar a enorme importância que ele têm na sua área de atuação, nacional e internacionalmente. Apesar dos percalços, existe um esforço permanente de ambas as partes – governo e sociedade civil – de atingir as metas propostas e de trabalhar em novas frentes, onde o objetivo comum é conter o avanço da doença. Se há divergências, e normalmente elas existem, quanto às formas de atuação, também se pode dizer que existe um trabalho para contornar os obstáculos e superar os desafios dessa difícil articulação.

Um ator do Estado resume em poucas palavras a inovação que a política de aids brasileira trouxe na formulação e implementação de políticas de saúde:

“Cabe fazer registro de duas coisas que a mim me parece foram expostas pela epidemia de aids, que é o espírito de tolerância da sociedade brasileira; apesar de tudo, não tem comparação com outro país. Como o Brasil enfrentou e se dispôs a falar de aids, de sexo, de camisinha, de sexualidade, prostituição, uso de drogas... Isso é mérito da sociedade como um todo, que se organizou, e do governo, que acolheu suas demandas. Embora tenhamos aqui a discriminação, o conservadorismo e o preconceito, quando a situação ficou crítica foi possível perceber que é muito importante a participação da sociedade nesse contexto.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve por objetivo analisar o processo de construção da política pública brasileira de enfrentamento ao HIV/Aids, na figura do Programa Nacional de DST/Aids, que se tornou o ator principal desse segmento da saúde no Brasil. Desse modo, pretendeu contribuir para o debate que envolve a relação que existe entre o Estado e a sociedade civil nas instâncias governamentais responsáveis pelo atendimento das demandas apresentadas pela sociedade.

Está claro em todo o processo que a função da sociedade não é, de maneira alguma, substituir o papel do Estado, mas sim torná-lo competente e obrigá-lo a funcionar de maneira a atender, satisfatoriamente, aos anseios e necessidades de sua população.

A unicidade observada na fala dos atores, e a homogeneidade encontrada nas narrativas que descrevem a trajetória da aids no País desde o seu início, evidencia que o movimento social para o enfrentamento da doença teve um impacto inegável nas articulações que culminaram com a criação do Programa e com a implementação das ações preventivas e de assistência que compõem o seu principal foco de atuação.

Além de participar ativamente do processo de construção da resposta brasileira, esse movimento também foi fundamental na execução da política e nas negociações para a sua continuidade, fato registrado pela primeira vez na história da saúde no Brasil.

Por outro lado, também fica clara a abertura das esferas governamentais competentes em acolher e ouvir as demandas que a sociedade civil apresenta, inicialmente nas Secretarias de Saúde de unidades da Federação, em particular de São Paulo e do Rio de Janeiro, e em uma fase posterior, pelo próprio governo federal, por meio do Ministério da Saúde, que se viu confrontado pelos instrumentos de pressão que exigiam uma resposta e um posicionamento oficial sobre a epidemia.

Nota-se, neste momento, que os atores participantes se unem em um processo de colaboração e deixam os conflitos para somarem seus esforços, fazendo com que essa cooperação apresente um cunho inovador de certa forma ainda desconhecido pelos formuladores de política no Brasil.

É oportuno ressaltar que se observa continuidade nessa colaboração, que ora se caracteriza pela pressão dos movimentos sociais sobre o governo, e ora se apresenta como coadjuvante para o alcance de determinados objetivos, como por exemplo, quando da

negociação dos acordos de financiamento com o Banco Mundial para os Projetos AIDS I, II e III.

Nestes casos, as divergências, apesar de fortes e presentes, são deixadas em segundo plano já que todos têm consciência de que a prioridade é conseguir atingir o objetivo comum a ambas as partes.

O reconhecimento e a unificação das prioridades do governo e da sociedade civil conseguiram com que o Brasil implementasse e mantivesse a sua política de assistência aos doentes, por meio da distribuição universal e gratuita de medicamentos, apesar de toda a pressão exercida pelos organismos de financiamento e do posicionamento contrário dos países desenvolvidos.

A dinâmica do jogo de relações dos interesses entre os diversos atores envolvidos – ativistas do movimento social, pesquisadores, instituições religiosas, academia, profissionais de saúde, que compuseram o panorama da resposta brasileira – resultou em um Programa que se notabilizou por sua força política, suas ações progressistas e a uniformidade de suas gestões, apesar dos percalços sociais e políticos enfrentados no decorrer de duas décadas.

Com o Programa Nacional, o Brasil assumiu uma posição de liderança, com um perfil propositivo de ações, cuja visibilidade é reconhecida inclusive pelos críticos dos métodos empregados nas políticas de prevenção e assistência implementadas até a época corrente.

Sem dúvida, como ficou claro durante a execução deste trabalho, houve todo um contexto específico que propiciou com que tudo isso se concretizasse. No entanto, apesar de outras políticas da mesma época estarem inseridas no mesmo contexto social e político, nenhuma delas teve a projeção e o crescimento do Programa Nacional de DST e Aids.

Uma dúvida que se apresentou durante o decorrer deste trabalho é se os atores que participaram ativamente dos movimentos de pressão que resultaram na resposta brasileira não estivessem envolvidos nos movimentos sociais organizados, não tivessem o sentimento de cidadania e de consciência de seus direitos tão arraigados, além da penetração nas esferas políticas pertinentes, se essa resposta teria sido a mesma, se teria conseguido atingir seus objetivos. Talvez essa reflexão mereça uma outra investigação, já que dispondo dos instrumentos atuais de pesquisa não foi possível confirmar (ou negar) essa suposição.

Um aspecto que chamou a atenção durante a análise foi que os projetos gerados no início da epidemia e na maior parte das vezes implementados pelas organizações da sociedade civil, traziam a preocupação de compartilhar com toda a sociedade o debate sobre a cidadania

e os direitos das pessoas portadoras do HIV/aids. Essa inovação, além de trazer à tona também diversos aspectos da sexualidade, foi responsável por procurar desenvolver, pela primeira vez, a noção de respeito à diversidade e à privacidade de cada um, incentivando o combate ao estigma e discriminação que cercavam os grupos mais atingidos.

As articulações e os processos que resultaram no Programa Nacional demonstraram a necessidade de rever critérios e conceitos, e aqueles que o conseguiram fazer contribuíram para inovar nos serviços de saúde pública .

Por fim, a conclusão a que se chega ao final dessa análise é que o movimento social pode ser um ator relevante para a formulação de políticas públicas, quando tem como interesse maior a contribuição para o debate e quando encontra um parceiro no setor governamental aberto às discussões e sugestões que são trazidas a partir das suas necessidades. A parceria verificada na construção da resposta brasileira, se não foi perfeita, com certeza contribuiu para que o País conseguisse frear as previsões pessimistas do início da década de 80 e chegar a meados dos anos 2000 com pelo menos parte de seus objetivos alcançados.

Assim, este trabalho enseja abrir um leque de investigações futuras que possam abranger outros aspectos que não o contemplado nessa dissertação e que acrescente novos elementos à compreensão do processo de formulação e gestão de políticas públicas. O papel do financiamento dos organismos internacionais na formulação e implementação de políticas públicas pode ser um exemplo de perspectiva de estudo futuro; um outro exemplo pode ser a influência da cultura na formulação e implementação de políticas de saúde pública; e um terceiro exemplo de investigação que pode enriquecer o conhecimento nessa área seria descobrir se um processo de (re) democratização política é preponderante no fortalecimento da relação entre o Estado e a sociedade civil na formulação e implementação de políticas públicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBOTT, A. **Times Matters. On theory and method.** The University of Chicago Press, 2001.

ALTMAN, D. **Poder e comunidade: respostas organizacionais e culturais à AIDS.** Rio de Janeiro, Relume-Dumará. ABIA:IMS, UERJ, 1995.

ARISTÓTELES. **Política.** In: BOBBIO, N. & BOVERO, M. **Sociedade e Estado na filosofia política moderna.** São Paulo, Brasiliense, 1994.

ARRETCHE, M. **Federalismo e políticas sociais no Brasil.** In: São Paulo em Perspectiva, v.18 n 2; 17-26, 2004.

ARRETCHE, M. **Relações federativas nas políticas sociais.** In: Educação e Sociedade, v 23 n 80, Campinas, setembro 2002.

ATLAS t.i. **Glossary of functions.** Disponível em www.atlas.ti.com/glossconcepts (acessado em 6 de maio de 2006)

BANCO MUNDIAL. Disponível em www.bancomundial.org.br (acessado em 25 de maio de 2006)

BANCO MUNDIAL. **Brazil AIDS & STD Control Project III.** Brasília, 2003

BANDEIRA DE MELO, R.; CUNHA, C.J.C. **Operacionalizando o método da Grounded Theory nas pesquisas em estratégia: técnicas e procedimentos de análise com apoio do Software Atlas t.i.** In: MEDEIROS, P.H.R. **Governo eletrônico no Brasil: aspectos institucionais e reflexos na governança.** Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação, Programa de Pós-graduação em Administração. Brasília, 2004.

BERRO, E.C. **Organização e gestão: planejar localmente para descentralizar e democratizar o direito.** s/d

Disponível em www.mds.gov.br/down_cnes/04_conferencias_nacionais/htm (acessado em 7 de junho de 2005).

BOBBIO, N. **Estado, governo e sociedade: para uma teoria geral da política.** Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2004.

BOBBIO, N. **A era dos direitos.** Rio de Janeiro, Campus, 1992.

BOBBIO, N. & BOVERO, M. **Sociedade e Estado na filosofia política moderna.** São Paulo, Brasiliense, 1994.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado, 1988.

CÂMARA, C. & LIMA, R.M. **Histórico das ONGs/Aids e sua contribuição no campo das lutas sociais**. Direitos Humanos, Cidadania e Aids. Cadernos Abong. São Paulo, 2000.

CARNOY, M. **Estado e Teoria Política**. Campinas, Papirus, 1992.

CARVALHO, D.B.B. **A relação Estado x Sociedade no Sistema Capitalista: As funções da Política Social no Estado Brasileiro, à luz das funções da Política Social nos países onde surgiu o “Welfare State”**. Monografia de Especialização em Política Social, Universidade de Brasília, Departamento de Ciências Sociais, Brasília, 1985.

CASTELLS, M. **Teoria marxista, crises econômicas e as transformações do capitalismo**. São Paulo, Paz e Terra, 1979.

CASTRO, J. A. **Avaliação do processo de gasto público do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE)**. Rio de Janeiro, IPEA, 2000.

CHAIBUB, J.R.W. **Programas de transferência de renda e o enfrentamento da pobreza no Brasil: análise dos processos de formação e formulação do Programa Nacional de Bolsa-Escola 2001-2002**. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Departamento de Serviço Social, Programa de Pós-graduação em Política Social. Brasília, 2004.

CHEQUER, P.; CASTILHO, E. A. **Epidemiologia do HIV/AIDS no Brasil**. In: PARKER, R. (Org.). **Políticas, Instituições e AIDS: Enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro, ABIA, Jorge Zahar Editor, 1997.

COHEN, J.L. & ARATO, A. **Sociedad civil y teoria política**. Fondo de Cultura Económica, México, 2000.

Coordenação Nacional de DST e Aids, 1998. **Controle do HIV/AIDS: a experiência brasileira 1994-1998**.

COUTINHO, C.N. **Notas sobre cidadania e modernidade**. In: Revista Praia Vermelha da Universidade Federal do Rio de Janeiro, nº 1, 1997.

COUTINHO, C.N. **Gramsci, um estudo sobre o seu pensamento político**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1999.

DAGNINO, E. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. Editora Paz e Terra, São Paulo, 2002.

DANIEL, H. & PARKER, R. **AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas**. Iglu Editora, São Paulo, 1990.

DANIEL, H. **Vida antes da morte/Life before death**. Rio de Janeiro, Tipografia Jaboti, 1989.

DRAIBE, S. M. **Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas**. 2001. Mimeo.

DUPAS, G. **Tensões contemporâneas entre o público e o privado**. São Paulo, Paz e Terra, 2003.

FREY, K. **Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil**. Planejamento e Políticas Públicas, n. 21. Brasília, 2000.

FUMO, C. **A contribuição das ONGs para projetos financiados pelo Banco Mundial no Brasil**. Washington, Banco Mundial, 1998.

GAETANI, F. **Gestão e avaliação de políticas e programas sociais: subsídios para discussão**. Texto para discussão nº 14. Brasília, ENAP, 1997.

GALVÃO, J. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS. In: PARKER, R. (Org.). **Políticas, Instituições e AIDS: Enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro, ABIA, Jorge Zahar Editor, 1997.

GALVÃO, J. **1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/Aids no Brasil e no mundo**. Coleção ABIA, Políticas Públicas, nº 2, Rio de Janeiro, 2002.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: A agenda de construção de uma epidemia**. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, São Paulo, Editora 34, 2000.

GARRISON, J.W. **Do confronto à colaboração: Relação entre a Sociedade Civil, o Governo e o Banco Mundial no Brasil**. Brasília, Banco Mundial, 2000.

GASKELL, G. **Entrevistas individuais e grupais**. In: BAUER, M.W.; GASKELL G. (Eds.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, Vozes, 2002.

GERSCHMAN, S. **Sobre a formulação de políticas sociais**. In: **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo, Cortez/ABRASCO, 1989.

GERTH, H.H.; MILLS, C.W. **Max Weber: Ensaios de sociologia**. Rio de Janeiro, LTC Editora, 1982.

GIDDENS, A. **Capitalismo e moderna teoria social**. Lisboa, Editorial Presença, 1994.

GIDDENS, A. **Política, sociologia e teoria social: Encontros com o pensamento social clássico e contemporâneo**. São Paulo, Fundação Editora da UNESP (FEU), 1998.

GOLFE, O.L. **Antônio Gramsci: uma alternativa para o marxismo**. Disponível em www.rubedo.psc.br (acessado em 16 de junho de 2005).

GOMES, M.B. **O Estado sem poder: a ressurreição anarquista, a mídia e o terceiro setor**. Disponível em www.ufrnet.br/mbolshaw/textos.htm (acessado em 16 de junho de 2005).

GRANGEIRO, A.; FERRAZ, D. BARBOSA, R.; BARREIRA, D.; VERAS, M.A.S.M.; VILLELA, W.; VELOSO, J.C.; NILO, A. **UNGASS-HIV/Aids: balanço da resposta brasileira, 2001-2005**. Ver. Saúde Pública, Abril 2006, vol. 40 suppl. 0, São Paulo.

GRAU, N.C. **Repensando o público através da sociedade: novas formas de gestão pública e representação social**. Brasília, ENAP, 1998.

GRINDLE, M.S.; THOMAS, J.W. **La puesta em prática de la reforma: ambitos, intereses, y recursos**. In: MOLINA, C.G. **Modelo de formación de políticas y programas sociales: notas de clase**. Banco Interamericano de Desarrollo, INDES, 2002.

GRUPPI, L. **Tudo começou com Maquiavel: as concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci**. Porto Alegre, L&PM Editores, 1996.

HALL, P.A. The role of interests, institutions, and ideas in the comparative political economy of the industrialized nations. In: LICHBACH, M.I.; ZUCKERMAN, A.S. (Orgs.). **Comparative Politics: Rationality, culture and structure**. Cambridge University Press, Cambridge, 2002.

HARTLEY, J. **Case Study Research**. In: CASSELL, C.; SYMON, G. **Essential Guide to qualitative methods in organizational research**. London, Sage, 2004. Cap. 26.

HECLO, H. **Issue networks and the Executive Establishment**. In: FREY, K. **Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil**. Planejamento e Políticas Públicas, n. 21. Brasília, 2000.

HOFLING, E.M. **Estado e políticas (públicas) sociais**. Cadernos Cedes, ano XXI, n. 55, Campinas, 2001.

HOPPE, R.; GRAAF, V. & DIJK, V. **Implementation as design problem. Problem tractability, policy theory and feasibility testing**. In: MOLINA, C.G. **Modelo de formación de políticas y programas sociales: notas de clase**. Banco Interamericano de Desarrollo, INDES, 2002.

HOBBS, T. **Leviatã**. Coleção Os Pensadores. São Paulo, Nova Cultural, 2004.

IANNI, O. **Sociedade civil e Estado**. In: Classe e Nação. Petrópolis, Vozes, 1986, p.51-59; 119-133.

KINGDON, J.W. **Agendas, Alternatives and Public Policies**. New York, Longman, 1995.

KINGDON, J.W. **Agendas, Alternatives and Public Policies**. In: MOLINA, C.G. **Modelo de formación de políticas y programas sociales: notas de clase**. Banco Interamericano de Desarrollo, INDES, 2002.

KOWARICK, L. **Processo de desenvolvimento do Estado na América Latina e Políticas Sociais**. In: Revista Serviço Social e Sociedade, nº 17, 1985.

KRIPPENDORF, K. **Content Analysis: na introduction to its methodology**. Londres, Sage, 1980. In: MEDEIROS, P.H.R. **Governo eletrônico no Brasil: aspectos institucionais e reflexos na governança**. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação, Programa de Pós-graduação em Administração. Brasília, 2004.

LASWELL, H. **The public interest**. In: MOLINA, C.G. **Modelo de formación de políticas y programas sociales: notas de clase**. Banco Interamericano de Desarrollo, INDES, 2002.

LINDNER, L. **Formação e participação dos ativistas de ONG/Aids no controle social do SUS**. In: **Ativismo em Aids: Controle social no SUS**. Coleção DST/aids – Série Parcerias e Mobilização Social, nº 3. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

LOCKE, J. **Dois tratados sobre o governo civil**. In: WEFFORT, F.C. (Org.). **Os Clássicos da Política**. São Paulo, Ática, 2002. p. 90-110

LUZ, M.T. **Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano**. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, vol 5 n 2, p. 293-312, 2000.

MAQUIAVEL, N. **O Príncipe**. In: WEFFORT, F.C. (Org.) **Os Clássicos da Política**. São Paulo, Ática, 2002. p.25-50

MARQUES, M.C.C. **A história de uma epidemia moderna: A emergência política da AIDS/HIV no Brasil**. São Carlos, RiMa, 2003.

MARX, K; ENGELS, F. **Ideologia alemã**. In: CARNOY, M. **Estado e Teoria Política**. Campinas, Papirus, 1992.

MATTOS, R.A.; TERTO JR. V.; PARKER, R. **As estratégias do Banco Mundial e a resposta à aids no Brasil**. Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2001

MATTOS, R.A. **Desenvolvendo e oferecendo idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de política de saúde no âmbito do Banco Mundial**. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2000.

MEDEIROS, P.H.R. **Governo eletrônico no Brasil: aspectos institucionais e reflexos na governança**. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação, Programa de Pós-graduação em Administração. Brasília, 2004.

MILLER, H. **Post-progressive Public Administration: lessons from policy networks**. In: Public Administration Review, v.54, n. 4. 1994.

MINAYO, M.C. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Vozes, 1994.

MOLINA, C.G. **Modelo de formación de políticas y programas sociales: notas de clase**. Banco Interamericano de Desarrollo, INDES, 2002.

MONDAINI, M. **Gramsci e a “subida ao sótão” da filosofia da praxis**. Disponível em www.artnet.com.br/gramsci (acessado em 16 de junho de 2005).

MULLER, P.; SUREY, Y. **Análise de Políticas Públicas**. Edições Montchrestien, E.J.A. Paris, 1998. Tradução livre não autorizada de Elcylene Leocádio.

NETO, L.C. **Hegemonia e política de estado: do Marxismo à Realpolitik**. Petrópolis, Vozes, 1987.

NIOCHE, J.P. **Ciencia administrativa, management público y análisis de políticas públicas**. In: Tecnologia Administrativa, vol 11 n 23, 1997.

OFFE, C. **Problemas estruturais do estado capitalista**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984.

OFFE, C. **Capitalismo desorganizado**. São Paulo, Brasiliense, 1989.

OLIVEIRA, M.A.B. **Cidadania plena: a cidadania modelando o Estado**. São Paulo, Alfa-Omega, 2005.

PARKER, R. **Construindo alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982-1986**. In: Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n 2, agosto 2003.

PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M.S. **Políticas sociais, desenvolvimento econômico e saúde coletiva: o caso da aids**. In: PARKER, R; GALVÃO, J.; BESSA, M.S. (Orgs.) **Saúde, Desenvolvimento e Política – Respostas frente à AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro, ABIA; São Paulo, Editora 34, 1999.

PARKER, R. **Desafios para o futuro: questões-chave para a política de HIV/AIDS no Brasil**. In PARKER, R. (Org.). **Políticas, Instituições e AIDS: Enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro, ABIA, Jorge Zahar Editor, 1997.

PARKER, R.; BASTOS, C; GALVÃO et al. (Orgs.) **AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, ABIA:IMS/UERJ, 1994.

PINHEIRO, V.C. **Modelos de desenvolvimento e políticas sociais na América Latina em uma perspectiva histórica**. Brasília, IPEA, Planejamento e Políticas Públicas, n 12, Junho/Dezembro, Brasília, 1995.

POLIGNANO, M.V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Belo Horizonte, Faculdade de Medicina, UFMG, s/d

PORTELLI, H. **Gramsci e o bloco histórico**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1990.

PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. Disponível em www.aids.gov.br (acessado em 25 de maio de 2006)

RADAR SOCIAL, Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2005.

RAMOS, S. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a aids, a saúde da mulher e a saúde mental. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2004

RICHARDSON, R.J. *et al.* **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo, Atlas, 1999.

ROUSSEAU, J.J. **Discurso sobre a origem da desigualdade**. In: WEFFORT, F.C. (Org.) **Os Clássicos da Política**. São Paulo, Ática, 2002. p. 201-242

RUA, M.G. **Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos**. Banco Interamericano de Desenvolvimento, INDES, 1997.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-1980)**. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1998.

SANTOS FILHO, E.T. **Saindo da sombra: o movimento social brasileiro no financiamento do Banco Mundial ao Programa Nacional de Aids**. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Instituto de Relações Internacionais, Curso de Mestrado em Relações Internacionais. Rio de Janeiro, 2001.

SCHNORR, G.M. **A contribuição filosófica dos movimentos culturais**. Disponível em www.milenio.com.br/ifil/biblioteca/schnorr.htm (acessado em 16 de junho de 2005).

SCHMITTER, P.C. **Reflexões sobre o conceito de política**. In: **Política e ciência política**, Brasília, Ed. UnB, 1979.

SCHWARTZMAN, S. **Bases do autoritarismo brasileiro**. São Paulo, Campus, 1982.

SEIBEL, E.J. **Demandas sociais, políticas públicas e a definição da agenda pública**. Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, s/d. Disponível em www.cfh.ufsc.br/~mac/MR_demandasociais.htm (acessado em 7 de junho de 2005).

SOLANO, N. **As organizações não-governamentais e a Coordenação Nacional de DST/Aids.** Direitos Humanos, Cidadania e Aids. Cadernos Abong. São Paulo, 2000.

TEIXEIRA, P.R. **Políticas Públicas em AIDS.** In: PARKER, R. (Org.). **Políticas, Instituições e AIDS: Enfrentando a epidemia no Brasil.** Rio de Janeiro, ABIA, Jorge Zahar Editor, 1997.

TELLES, V.S. **Direitos Sociais: afinal do que se trata?** Belo Horizonte, Editora UFMG, 1999.

VALA, J. **A análise de conteúdo.** In: SILVA, A.S.; PINTO, J.M. (Orgs.). **Metodologia das Ciências Sociais.** Ed. Porto, Afrontamento, 1986

VIEIRA, E.A. **A política e as bases do direito educacional.** Cad. CEDES, vol. 21, nº 55. Campinas, 2001.

VIEIRA, E.A. **O Estado e a sociedade civil perante o ECA e a LOAS.** In: Serviço Social e Sociedade, São Paulo, v. 19, n. 56. 1998.

VIEIRA, E.A. **Estado e miséria social no Brasil: de Getúlio a Geisel.** São Paulo, Cortez, 1995.

VILLELA, W.V.; VELOSO, J.C. **Participação da Sociedade civil no seguimento das ações frente à Aids no Brasil.** Rev. Saúde Pública, Abril 2006, vol. 40 suppl. 0, São Paulo

VILLELA, W.V. **Das interfaces entre os níveis governamentais e a sociedade civil.** In: PARKER, R; GALVÃO, J.; BESSA, M.S. (Orgs.) **Saúde, Desenvolvimento e Política – Respostas frente à AIDS no Brasil.** Rio de Janeiro, ABIA; São Paulo, Editora 34, 1999.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Porto Alegre, Bookman, 2005

ANEXOS

ANEXO I

Glossário de conceitos do Atlas t.i. (tradução livre do glossário incluído em Atlas t.i. (2004))

UNIDADE HERMENÊUTICA

Todo material de dados primários (documentos primários) e todos os produtos relacionados e resultados de seu trabalho interpretativo sobre esses documentos primários são mantidos em contêineres chamados unidades hermenêuticas (UH). UHs podem ser melhor comparadas a estruturas de dados organizacionais como projetos, quadros, catálogos etc. em outros sistemas. A primeira coisa que se faz quando você cria uma nova UH é dar a ela um título que reflita o seu tópico de pesquisa atual. Esse título é mostrado na área de título do Editor de Unidade Hermenêutica.

O próximo passo é a designação de documentos primários. A interação com uma UH é feita por meio de um editor em painéis que mostra todos os itens relevantes (textos, segmentos, códigos, memos) de modo concorrente. UHs são armazenadas com um nome de arquivo. Para retomar o trabalho em uma UH você precisa apenas clicar em seu nome no Gerenciador de UH.

Todas as entidades descritas a seguir são componentes da Unidade Hermenêutica na qual elas foram criadas.

DOCUMENTO PRIMÁRIO

Um "texto primário" é um texto, uma imagem ou arquivo de áudio que foi designado a uma Unidade Hermenêutica para futuros estudos. No curso da análise de texto, o texto é quebrado em passagens de texto relevantes (imagens são segmentadas em regiões), chamadas citações, mais comumente conectadas a palavras-chave (códigos) e/ou memos na hora de sua criação. Uma Unidade Hermenêutica pode conter muitos documentos primários.

CITAÇÃO

Uma "citação" é um pedaço de texto contínuo, uma região gráfica ou uma seqüência de áudio ou vídeo, dentro de um documento primário, marcado com o mouse ou – opcional para documentos textuais – criado automaticamente por um processo de busca de texto (auto-codificação, codificação). Citações podem ser de qualquer tamanho e podem começar e terminar em qualquer lugar em uma linha. O tamanho de uma seleção de texto pode variar de um único caractere a todo o conteúdo do texto primário. Uma citação é usualmente criada no processo de codificação ou de comentário. Contudo, você pode criar também uma citação sem nenhuma referência (algumas vezes você sabe que um pedaço de texto é importante e você apenas o sublinha sem querer ser mais preciso). Em qualquer ocasião posterior você pode conectar essa citação "livre" a códigos, comentários e mesmo a outras citações. Esse último procedimento resulta em uma estrutura normalmente referenciada como hipertexto.

CÓDIGO

Um "código" é usualmente um pequeno pedaço de texto (também referenciado como "palavra-chave" em outros sistemas) ligado a citações no processo de codificação. Códigos podem se referir também a outros códigos, resultando em redes conceituais. Um código pode referenciar muitas citações e vice-versa: uma citação pode estar relacionada a um número arbitrário de códigos. Diferentes técnicas de codificação são oferecidas. Códigos podem carregar um comentário, descrevendo seu significado de modo mais detalhado ou como ele poderia ser usado na codificação.

MEMO

Um “memo” é bastante similar a um código, mas usualmente contém textos de tamanho mais longo. Memos podem “permanecer sozinhos”, apontar para citações, códigos e outros memos. Memos podem ter um tipo definido pelo usuário (teórico, descritivo etc.). Tipos podem ser usados para filtrar memos.

FAMÍLIA

Documentos primários, códigos e memos podem ser agrupados em famílias: famílias de documentos primários, famílias de códigos e famílias de memos. O termo “famílias” deve ser entendido como aplicável a atributos de unidades agrupadas. Uma família de texto primário chamada “masculino” deve presumir todas as entrevistas feitas com entrevistados do sexo masculino; uma família de códigos “teoria” pode juntar todos os códigos que refletem uma perspectiva teórica etc.

REDE

Um outro dispositivo de agrupamento são as “redes”, que são usadas para o trabalho de construção conceitual e teórica. Redes são criadas usando um editor gráfico. Os nós nessas redes são usualmente códigos, mas podem ser de qualquer outro tipo: citações, memos, documentos primários. Códigos podem estar ligados a relações específicas pra formar redes semânticas. Diferentes de árvores com *links* sem nome, redes semânticas permitem grande liberdade para expressar relações mais complexas entre as entidades.

Redes no ATLAS.ti não são apenas dispositivos que dão suporte a seus processos criativos (“mapeamento da mente”). Eles podem também ser usados para um tipo específico de pesquisa (ex.: recuperação semântica).

“Teorias” construídas dessa maneira podem ser exportadas da Unidade Hermenêutica para ser reutilizada em outras UHs.

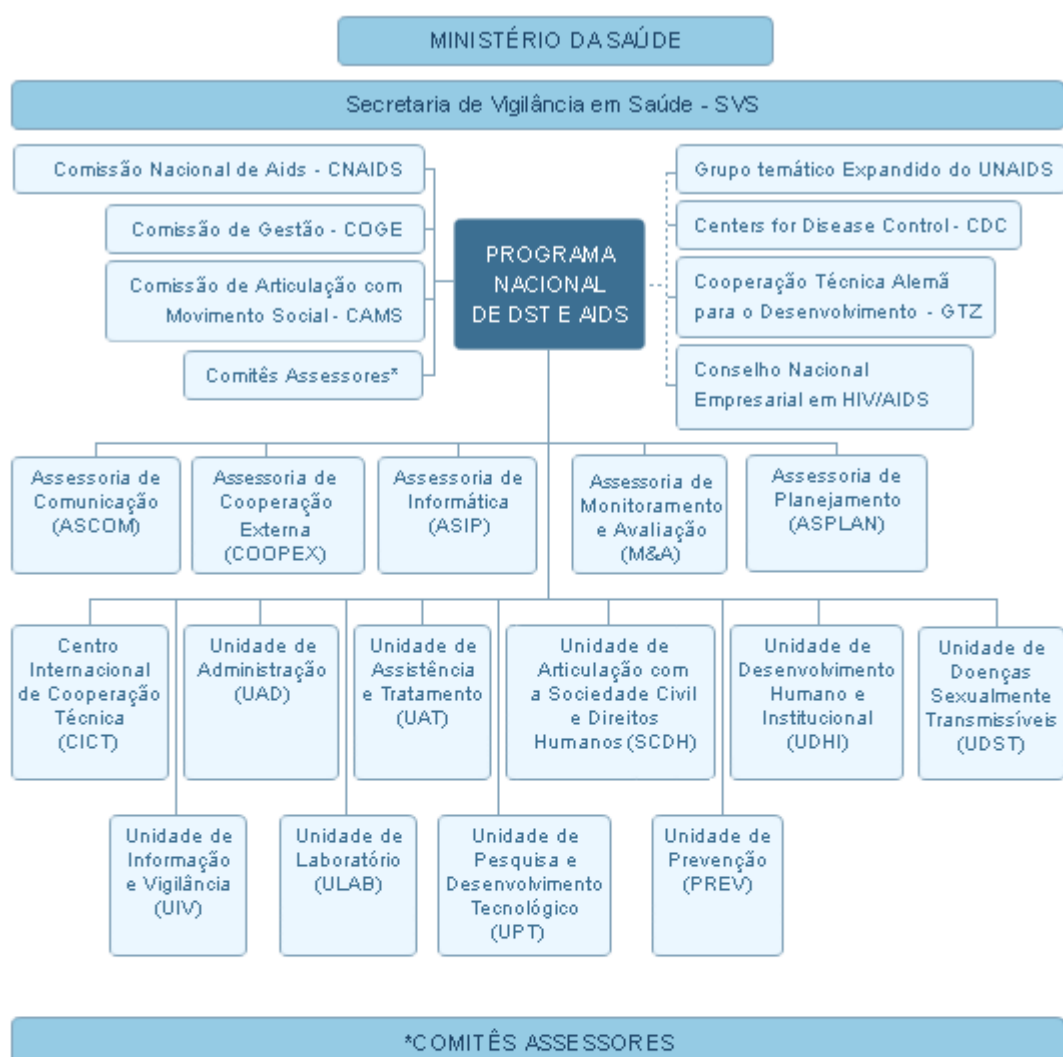
RELAÇÃO

Relações são usadas para criar *links* entre códigos e entre citações (redes conceituais e de hipertexto). Exemplos de relações código-código são: ISA (*is subterm of...* / é subtermo de...), IS-PART-OF (é parte de), IS-CAUSE-OF (é causa de). Quando se aplica uma abordagem de *Grounded Theory* aos seus dados você poderia usar relações como CONTEXT, PHENOMEN, CONDITION, CONSEQUENCE, STRATEGY. As relações usadas representam os “primitivos epistemológicos” do seu método, elas ajudam a formular questões para seus dados.

Exemplos de relações usadas para *links* de citação são: CONTRADICTS, SUPPORTS, CLARIFIES, DISCUSSES. As relações-padrão disponibilizadas podem ser modificadas; relações adicionais podem ser definidas pelo usuário. A definição de uma relação inclui propriedades formais também. Se você achar apropriado, uma relação pode ser de um tipo “transitivo”.

Fonte: Medeiros (2004)

ANEXO II – Estrutura atual do Programa Nacional de DST e Aids



Comitê Técnico Assessor de Desenvolvimento Tecnológico - CTADT

Comitê Técnico Assessor de Promoção da Saúde e Prevenção das DST/HIV/AIDS

Comitê Técnico Assessor de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST

Comitê Técnico Assessor para Terapias Anti-retroviral em Adultos, Adolescentes, Crianças e Gestantes

Comitê Técnico Assessor de Laboratório

Comitê Técnico Assessor de Epidemiologia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST, do HIV e Aids

Comitê Técnico Assessor de Pesquisa em DST/HIV/AIDS

Fonte: www.aids.gov.br (acessado em 25 de maio de 2006)

ANEXO III



Universidade de Brasília
Programa de Pós Graduação em Gestão Social e Trabalho

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, concordo em participar, por minha livre e espontânea vontade, da pesquisa para dissertação de mestrado do Programa de Pós Graduação em Gestão Social e Trabalho, da Universidade de Brasília, intitulada “A relação Estado e Sociedade Civil no processo de formulação de políticas públicas: Análise do Programa Nacional de DST/Aids (2003-2005)”, aplicada pela mestrande Ana Lucia de Oliveira Monteiro, sob a orientação da Professora Doutora Denise Bomtempo Birche de Carvalho, da Universidade de Brasília.

Declaro estar esclarecido(a) e informado(a) que se trata de pesquisa de natureza qualitativa que tem por objetivo esclarecer quais os fatores econômicos, sociais e políticos determinam a inserção de um tema na agenda pública governamental, assim como investigar como se dão os processos políticos de formulação de políticas públicas no locus do Estado.

De livre e espontânea vontade responderei às perguntas da entrevista, que será gravada, transcrita e analisada pela pesquisadora.

Declaro também estar ciente que, durante a pesquisa, se tiver dúvidas serei esclarecido(a), como terei a liberdade de me recusar a participar ou retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Tenho garantia de sigilo aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa e minha participação está livre de qualquer remuneração ou despesa.

O termo foi assinado por mim e pela pesquisadora.

Entrevistada(o) _____

Pesquisadora _____

Brasília, _____ de _____ de 2006.

ANEXO IV

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Processos de formulação da Política Nacional de DST/Aids

- 1) Em sua opinião, em que momento o problema da prevenção do HIV/Aids entrou para a agenda pública governamental brasileira? Por quê?
- 2) Em sua opinião, quais fatores (políticos, econômicos, sociais) influíram para a estruturação do Programa Nacional de DST/Aids em 1987?
- 4) Quais foram os atores que, de alguma forma, contribuíram para a formulação da **Política Nacional de DST/Aids** (gestores públicos de instituições governamentais, conselhos de direitos, ONGs, organismos internacionais, universidades etc)?
- 5) Outros setores, além da saúde, participaram das discussões relacionadas à formulação da Política?
- 6) As diretrizes da **Política Nacional de DST/Aids** foram debatidas e negociadas? Como?
- 7) Quais as questões ou preocupações estratégicas relevantes na fase de formulação da **Política Nacional de DST/Aids**?
- 8) Anteriormente à **Política Nacional de DST/Aids**, existiam programas, projetos ou ações implementadas/executadas, no âmbito federal, objetivando a prevenção e controle do vírus HIV? Quais?
- 9) Essas ações atingiram seu objetivo? Por que foram mudados? Quem decidiu realizar as mudanças?
- 9) Qual grau de prioridade foi conferido à diretriz de prevenção do HIV/Aids? Por quê?
- 10) Quais as questões prioritárias e opções estratégicas identificadas na proposta de prevenção e controle das DSTs/Aids na **Política Nacional de DST/Aids**?
- 11) Quais os principais obstáculos ou desafios ao processo de construção da proposta de prevenção e controle das **DST/Aids**?
- 12) Alguma reivindicação ou parcela da sociedade não foi contemplada na proposta? Por quê?

13) Em sua opinião, qual é a relevância dos financiamentos do Banco Mundial para a formulação da **Política Nacional de DST/Aids** ?

13) Em sua opinião, qual o maior mérito da política de prevenção e controle das **DST/Aids** ?

14) Em sua opinião, qual a maior deficiência da política de prevenção e controle das **DST/Aids** ?