

A Criação do Programa Nacional de DST e Aids como Marco para a Inclusão da Idéia de Direitos Cidadãos na Agenda Governamental Brasileira

The Building of the Brazilian National DST/Aids Program as a Standpoint to the Inclusion of Citizen Rights in the Governmental Agenda

La creación del Programa Nacional de SIDA en Brasil como un Marco para la Inclusión de la idea de Derechos Ciudadanos en la Agenda Gubernamental

Ana Lucia Monteiro*
monteiro@oitbrasil.org.br
Wilza Vieira Villela**
wilsa.vieira@terra.com.br

Resumo

O artigo apresenta o processo de desenvolvimento e implementação da Política Nacional de DST e AIDS em Brasil entre 1980 e 2006, procurando capturar a relação entre os atores políticos do Estado e da Sociedade Civil. Baseia-se em as teorias do estado de autores contemporâneos e utiliza o modelo conceptual de Kingdon (1995) sobre a inclusão das questões sociais na agenda política e a identificação de alternativas. Os dados primários foram coletados a través de entrevistas semi estruturadas com informantes chave e dados secundários obtiveram-se através da análise documental o exame amplo da literatura sobre o tema. Os resultados mostram as inter-relações entre os diferentes atores políticos na formulação e aplicação de uma política pública em Brasil.

Palavras-chave

Estado, Sociedade Civil, Políticas Públicas, AIDS, HIV.

Abstract

This article analyses the process of Brazilian National STD/Aids Program creation and implementation between 1980 and 2006, trying to fathom the the articulation amongst state and civil

* Focal Point on HIV/AIDS and the world of work, ILO Office in Brazil, Doutoranda em Ciência Política pela UNB – Brasil.

** Médica, docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva / UNIFESP – Brasil e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde / UNIFRAN – Brasil.

Monteiro, Ana Lucia & Villela, Wilza Vieira. (2009). A criação do programa nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da idéia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. *Psicologia Política*, 9(17), 25-45.

society political actors. It is based on theories of State from contemporary authors and in the Kingdon's conceptual model (1995) about the insertion of social issues in the political agenda and the identification of alternatives. Primary data were collected through semi-structured interviews with key actors; secondary data were collected through the analysis of official documents and scientific literature in the area. Results point at the interrelations amongst political actors happen during formulation and implementation of a public policy in Brazil.

Keywords

State, Civil Society, Public Policy, AIDS, HIV.

Resumen

Este artículo examina el proceso de desarrollo e implementación de la Política Nacional de SIDA en Brasil entre 1980 y 2006, buscando capturar la relación entre los actores políticos del Estado y de la Sociedad Civil. Se basa en teorías del estado de autores contemporáneos y utiliza el modelo conceptual de Kingdon (1995) sobre la inclusión de las cuestiones sociales en la agenda política y la identificación de alternativas. Los datos primarios fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas con informantes claves y datos secundarios se obtuvieron a través del análisis documental y el examen amplio de la literatura sobre el tema. Los resultados muestran las interrelaciones entre los diferentes actores políticos en la formulación y aplicación de una política pública en Brasil.

Palabras clave

Estado, Sociedad Civil, Políticas Públicas, SIDA, VIH.

Introdução

A análise do processo de formulação de uma política pública objetiva identificar os facilitadores e os obstáculos que interferem na articulação entre atores do Estado e da sociedade civil em torno de um tema específico.

O estudo da correlação de forças – políticas, econômicas e sociais – que operam para que determinada alternativa de resposta assuma uma configuração em detrimento de outra busca apreender a realidade por meio de estruturas e processos históricos que definem os rumos das decisões finais sobre o assunto em pauta.

Assim, conhecer o contexto em que se desenvolve o processo de formulação de uma política permite vislumbrar as características negativas e os fatores positivos que influenciam o processo de tomada de decisão, possibilitando que sejam feitas inferências facilitadoras durante a fase de articulação entre os atores. É a habilidade em gerenciar 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 estudo se baseia em uma análise conceitual e teórica que busca definir a relação entre Estado e sociedade civil no contexto histórico de estruturação do Sistema Único de Saúde no Brasil e 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.

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.

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 desta epidemia.

Procedimentos Metodológicos

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).

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 ambas as atividades terem suas próprias correntes políticas, quando estas são confluente dão lugar a políticas públicas sólidas e com melhores resultados.

Esta abordagem sugere que é necessário conhecer os mecanismos que (re) produzem a cada momento os movimentos políticos e sociais, como 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, 2005).

Seibel (2005) 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) a dos problemas, onde as questões estão sendo definidos; b) a da política, que segue os grandes movimentos ou problemas nacionais; c) 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 movimentos e criatividade em todo o processo.

Nesta análise, foram consideradas 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 na arena política e social.

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.

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).

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.

Assim, buscou-se compreender 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 tanto foi realizado estudo qualitativo a partir de entrevistas em profundidade com informantes chave e revisão de documentos.

Para analisar os dados obtidos, partindo-se da estrutura narrativa e das perguntas de investigação, foi utilizado o modelo conceitual de John W. Kingdon (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 Kingdon, 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 inter-relacionadas – os problemas, as propostas 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 diferentes ações, como o próprio ativismo social, a militância ou a formação de grupos de pressão. Sendo este um processo dinâmico, a posição dos atores não é fixa, e a variação de suas posições pode influenciar o resultado almejado, positiva ou negativamente.

Para Kingdon (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 uma questão 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 Kingdon (1995), as três correntes – política, de problemas e de 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.

Políticas Públicas na Relação entre Estado e 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 socieda-

de 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.

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.

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 atendidas.

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.

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.

Frey 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 Hecló, 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). Isso faz surgir o ciclo político, que 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.

A Inserção da Aids na Agenda Governamental Brasileira

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 pressionam 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 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, que coincidia com o primeiro governo do estado eleito democraticamente após o golpe militar de 1964 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 organizada.

Marques (2003) indica que havia 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.

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.

A Criação do Programa Nacional de DST e Aids

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.

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 sua característica centralizadora. Essa situação se reverte, posteriormente, quando as parcerias com as ONGs se consolidam.

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 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 come-

çassem 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.

Os relatos 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.

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.

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 e 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.

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

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, 1997:146).

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.

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).

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 e 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 papel das Organizações Não-Governamentais no Processo

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.

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.

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.

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.

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.

O Banco Mundial e o Financiamento das Políticas de Saúde

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.

A execução do Projeto 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).

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 Projeto 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.

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).

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 DST e 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.

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.

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.

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.

Conclusão

Se já foi dito exaustivamente que a inserção do tema da aids na agenda pública e a consequente 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.

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.

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.

A unicidade demonstrada pelos 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.

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 e col. (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.

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.

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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Banco Mundial. Disponível em: <www.bancomundial.org.br>. Acessado em: 25 de maio de 2006.
- Castro, Jorge A. (2001). Avaliação do processo de gasto público do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 24, IPEA.
- Coutinho, Carlos N. (1997). Notas sobre cidadania e modernidade. *Rev. Praia Vermelha*, n. 1.
- Daniel, Herbert; & Parker, Richard (1990). *AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas*. São Paulo: Iglu Editora.
- Frey, Klaus. (2000). Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 21.
- Galvão, Jane. (2000). *AIDS no Brasil: A agenda de construção de uma epidemia*. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. São Paulo: Editora 34.
- Gershman, Silvia (1989). Sobre a formulação de políticas sociais. Em Fleury, S: *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez/ABRASCO.
- Grangeiro, Alexandre; Ferraz, Dulce; Barbosa, Regina; Barreira, Draurio; Veras, Maria A. M.; Villela, Wilza; Veloso, José C.; Nilo, Alessandra. (2006). UNGASS-HIV/Aids: balanço da resposta brasileira, 2001-2005. *Rev. Saúde Pública*, vol. 40 suppl. 0.
- Grau, Nuria C. (1998). *Repensando o público através da sociedade: novas formas de gestão pública e representação social*. Brasília: ENAP.
- Hall, Peter A. (2002). The role of interests, institutions, and ideas in the comparative political economy of the industrialized nations. Em: Lichbach, Mark. I.; Zuckerman, Alan. S. (Orgs.), *Comparative Politics: Rationality, culture and structure*. Cambridge: University Press.
- Heclo, Hugh. (2000). Issue networks and the Executive Establishment. Em: Frey, Klaus. *Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil*. Planejamento e Políticas Públicas, n. 21. IPEA.
- Kingdon, John W. (1995). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. New York, Longman.
- Marques, Maria C. C. (2003). *A história de uma epidemia moderna: A emergência política da AIDS/HIV no Brasil*. São Carlos: RiMa.
- Mattos, Rubens A. (2000). *Desenvolvendo e oferecendo idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de política de saúde no âmbito do Banco Mundial*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- _____.; Terto Júnior, Veriano; Parker, Richard. (2001). *As estratégias do Banco Mundial e a resposta à Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS.
- Miller, Hugh. (1994). *Post-progressive Public Administration: lessons from policy networks*. *Public Administration Review*, v.54, n. 4.
- Muller, Pierre; Surey, Yves. (1998). *Análise de Políticas Públicas*. Paris: Edições Montchrestien, E.J.A.
- Offe, Carl. (1984). *Problemas estruturais do estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

- Oliveira, Marcos A. B. (2005). *Cidadania plena: a cidadania modelando o Estado*. São Paulo: Alfa-Omega.
- Parker, Richard; Bastos, Cristina; Galvão e col. (Orgs.). (1994). *AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, ABIA: IMS/UERJ.
- Ramos, Silvia. (2004). O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a aids, a saúde da mulher e a saúde mental. Em: *Ciência e Saúde Coletiva*, vol.9, n. 4, pp. 1.067-1.078.
- Rua, Maria G. (1997). *Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos*. Banco Interamericano de Desenvolvimento, BINDES.
- Seibel, Emi J. (s/d). *Demandas sociais, políticas públicas e a definição da agenda pública*. Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <www.cfh.ufsc.br/~mac/MR_demandasociais.htm>. Acessado em: 07 de junho de 2005.
- Schmitter, Philippe C. (1979). Reflexões sobre o conceito de política. Em: *Política e ciência política*, Brasília: Editora da Universidade de Brasília.
- Teixeira, Paulo R. (1997). Políticas Públicas em AIDS. Em: Parker, Richard. (Org.), *Políticas, Instituições e AIDS: Enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, Jorge Zahar.
- Vieira, Evaldo A. (2001). A política e as bases do direito educacional. *Cad. CEDES*, vol. 21, n. 55. Campinas.
- _____. (1998). O Estado e a sociedade civil perante o ECA e a LOAS. Em: *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 56.
- Villela, Wilza V. (1999). Das interfaces entre os níveis governamentais e a sociedade civil. Em: Parker, R; Galvão, J.; Bessa, M. (Orgs.), *Saúde, Desenvolvimento e Política – Respostas frente à AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro, ABIA; São Paulo, Editora 34.

- Recebido em 05/08/2008.
- Revisado em 06/02/2009.
- Aceito em 04/05/2009.