



**Provisão compartilhada de Serviços Públicos: configuração e desafios a partir da análise da Política Nacional de Combate ao HIV/Aids**

**Shared Public Service Provision: configuration and challenges from the analysis of the National HIV/Aids Policy**

**Luiz Claudio Marques Campos**

[luizclaudiocampos@uol.com.br](mailto:luizclaudiocampos@uol.com.br)

Mestre e doutorando em Administração Pública e Governo Escola de Administração de Empresas de São Paulo/Brasil

**Patricia Mendonça**

[patriciammendonca@gmail.com](mailto:patriciammendonca@gmail.com)

Doutora em Administração Pública pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo/Brasil (EAESP-FGV)  
Professora Adjunta do Departamento de Administração - Centro Universitário FEI- SP/Brasil

**Submissão: 12/01/2010**

**Aprovação: 30/04/2010**

**Resumo**

Este trabalho visa analisar a provisão compartilhada de serviços públicos entre Estado e organizações da sociedade civil (OSC) na política nacional de combate ao HIV/Aids, observando quais os limites e possibilidades para a criação de sinergia. O trabalho detalha algumas das divisões de trabalho encontradas em diversas ações da política e analisa em que medida se pode verificar a complementaridade e a inserção público/privada. O artigo se vale do conceito e dos argumentos de Evans (1997) sobre sinergia para refletir a respeito da colaboração na provisão de serviços públicos, de forma a ampliar o olhar para além de uma divisão de trabalho que leve em conta apenas a complementaridade entre organizações do Estado e Sociedade. Na política de combate ao HIV/Aids esta divisão se mostra acentuada, mas tal combinação oferece também limites e potencialidades para a realização de sinergia, na medida em que a política é descentralizada. A inserção público/privada é evidenciada pela abertura de canais institucionais de comunicação entre agentes públicos e grupos estigmatizados, com o reconhecimento de suas demandas. A divisão de trabalho, que parecia ter contornos mais claros quando focada no âmbito federal, assume contornos incertos na medida em que estados e municípios se inserem e o processo de descentralização se amplia.

**Abstract:**

This paper aims to analyze the shared provision of public services between state and civil society organizations in the national HIV/Aids policy, pointing out the limits and possibilities for the creation of synergy. The paper details some of the divisions of responsibilities found in various policy actions and considers in what way we can find complementarity and embeddedness. The article relies on the concept and the arguments of Evans (1997) on synergy to reflect on the collaboration in the provision of public services in order to broaden perspectives beyond one division of responsibilities that considers only the complementarity between organizations of the State and Society. In the HIV/Aids policy this division proves sharply, but this combination also offers limits and potential to achieve synergy, in the way that it becomes decentralized. Embeddedness is evidenced by opening channels of communication between government staff and stigmatized groups, with the recognition of their demands. The division of responsibilities, that appeared to have clearer contours when focused on the federal level, has become uncertain to the extent that states and municipalities



**Palavras-chave:** HIV/Aids; políticas públicas; parcerias; organizações não-governamentais; descentralização.

**Key words:** HIV/Aids; public policies; partnerships; non-governmental organizations; decentralization.

## Introdução

Este trabalho visa analisar a provisão compartilhada de serviços públicos entre Estado e ONGs (também chamadas de organizações da sociedade civil - OSC) na política nacional de combate ao HIV/Aids, observando quais os limites e possibilidades para a criação de sinergia (EVANS, 1997).

A política brasileira em HIV/Aids resultou de esforços pioneiros de um amplo espectro de diferentes grupos e movimentos sociais. Teve início no estado de São Paulo, em meados dos anos 1980, capitaneada por médicos que trabalhavam em hospitais públicos. Logo a esta iniciativa aliaram-se o movimento gay e outros atores da sociedade civil, incluindo a Igreja Católica, quando os primeiros casos de aids afetaram indivíduos considerados como 'grupos de risco' (gays, travestis, usuários de drogas, profissionais do sexo). Gradualmente, outros setores da sociedade, notadamente segmentos envolvidos na luta pelo restabelecimento da democracia no início dos anos 1980 e outros ativistas de direitos humanos também se tornaram importantes atores.

Estes grupos desencadearam a inclusão da questão do HIV/Aids na agenda política nacional, resultando na criação da Coordenação Nacional de DST/Aids (que depois de virar um Programa Nacional, é hoje o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde). Sua criação precoce, a adoção de um forte referencial de direitos humanos na formulação e execução das ações de prevenção e assistência, a distribuição gratuita de medicamentos antiretrovirais, o envolvimento da sociedade, entre outros fatores, fazem desta política um caso distintivo na comunidade internacional.

A sociedade participa de forma ampla e diversificada, por meio de organizações religiosas, grupos de pessoas vivendo com HIV, universidades e centros de pesquisa, hospitais filantrópicos, associações e ONGs relacionadas a diversas temáticas de defesa de direitos humanos, direitos homossexuais, de profissionais do sexo, de mulheres, além de outras que trabalham com a temática do desenvolvimento de forma mais ampla. Esta participação, bem como um trabalho de intervenção diferenciado realizado pela ONGs com populações vulneráveis, fazem com que o histórico da relação não possa ser deixado de lado ao se discutir os limites e possibilidades da sinergia.

São detalhadas algumas das divisões de trabalho encontradas em diversas ações da política e se analisa em que medida se pode verificar a complementaridade e inserção público/privada (EVANS, 1997), e se esta combinação de fato possui potencialidades para a realização de sinergia.

Conforme dados apresentados a seguir, observa-se que ao longo da epidemia do HIV/Aids se configurou uma espécie de divisão de trabalho entre Estado (notadamente em âmbito federal)



e organizações não-governamentais, tendo estas incorporado grande parte das atividades de prevenção, notadamente junto às populações mais vulneráveis ao vírus. Isto fez com que esta divisão de trabalho, que antes era tácita e informal, passasse a ser gradualmente institucionalizada, em especial quando o governo federal assina convênios de cooperação com o Banco Mundial.

A literatura tem descrito um “modelo brasileiro” de resposta à epidemia de HIV/Aids, com grande destaque para a contribuição das chamadas ONGs/Aids (categoria geral utilizada para se referir a um amplo conjunto de respostas à epidemia de organizações não-governamentais), juntamente a uma variedade de respostas de outros setores como governo, empresas e organizações religiosas. (PARKER, 2003; GALVÃO, 2000). Isso porque as ONGs/Aids são consideradas mais próximas ao cotidiano das pessoas que vivem com HIV/Aids e de outras populações mais vulneráveis, que não acessam espontaneamente o serviço público de saúde ou não encontram respostas adequadas para suas necessidades. Oferecem, ainda, serviços à população e trazem iniciativas muitas vezes consideradas mais resolutivas e inovadoras do que as proposições governamentais ou de setores médicos convencionais (BRASIL, 1998, 2001, 2001a, 2002a).

O Programa Nacional (PN) de DST/Aids, do Ministério da Saúde, é o responsável pela coordenação geral dessa política. Foi criado em 1985, e no início dos anos 1990 passou por uma importante expansão de atividades, a partir de uma reestruturação interna e da obtenção de acordos de empréstimo junto ao Banco Mundial. Nessa evolução, buscaram-se formas de apoio e integração do trabalho desenvolvido pelas ONGs/Aids, aspecto que também se estruturou a partir da implantação de uma sistemática de concorrências públicas e do fornecimento de apoio técnico e financeiro a projetos.

### **Metodologia**

A pesquisa assumiu os contornos clássicos de um estudo de caso (YIN, 2005) e se baseou em documentos, entrevistas e observação não-participante. Os documentos foram principalmente governamentais, obtidos junto ao PN, como os acordos de financiamento assinados com o Banco Mundial, relatórios técnicos de monitoramento e avaliação bem como dos projetos de ONGs financiados. As entrevistas individuais, totalizando 19, foram realizadas entre outubro de 2004 e agosto de 2005 com base em roteiro prévio. Focalizaram os diretores e ex-diretores do PN e os gestores que ocuparam cargos de chefia na chamada Unidade de Articulação com a Sociedade Civil e Direitos Humanos (SCDH). Foram ouvidos, ainda, antigos e atuais gestores e técnicos das áreas de planejamento, financeira, prevenção e assistência.

O roteiro buscou captar a sistemática de implementação da política de HIV/Aids e como se efetivou nesta a inserção das ONGs. Os dados das entrevistas foram triangulados com as informações contidas nos documentos coletados. Foram ainda ouvidos, em visitas informais realizadas entre julho de 2004 e outubro de 2005, integrantes de 29 ONGs nas regiões Sul e Sudeste que mantiveram convênios junto ao PN, selecionadas a partir de contatos profissionais de um dos autores, sem a utilização de um roteiro prévio de perguntas. O autor ainda acompanhou diversas destas ONGs em atividades de prevenção junto aos públicos atendidos em seus projetos.

Um aspecto importante a salientar é que o período analisado cobre basicamente o início do apoio do PN aos projetos de ONGs, entre 1993 e 1994 e segue até 2005, quando um processo de descentralização da política era implementado, incluindo de forma mais intensa estados e



municípios. Portanto, a análise focará o estado na figura do PN, em um momento em que a relação se dava mais diretamente entre este e as ONGs, com a ressalva de que atualmente tal processo já se encontra mais descentralizado e novos arranjos de parceria e divisão de trabalho têm sido construídos localmente (BARBOZA, 2006; CAMPOS, 2008, TERABE, 2009; RICH, 2010).

### Referencial teórico

A cooperação entre organismos estatais e da sociedade civil, apesar da sua recente popularidade nos últimos anos, não é um fenômeno novo. Este chamado de cooperação entrou com mais força na agenda do desenvolvimento a partir da década de 1970, notadamente nos Estados Unidos e no Reino Unido, na ocasião das reformas dos seus sistemas de previdência e também na necessidade de reduzir gastos governamentais e renovar o padrão estatal de prestação de serviço público (GIDRON et al, 1992). No entanto, dado o movimento mais amplo hoje para o pluralismo nas formas de execução de políticas sociais, mais atenção tem sido dada às questões de coordenação inter-institucional (WRITE e ROBINSON, 1998).

Peter Evans (1997) desenvolveu o conceito de ‘sinergia’ para descrever o engajamento estatal e civil e suas formas de governança. Ele fala de duas formas de interação principais:

- **Complementaridade:** apoio mútuo, sugerindo uma clara divisão de trabalho, com base nas propriedades contrastantes de instituições públicas e privadas. Governos são mais eficientes na distribuição de certos bens coletivos que podem ter *inputs* complementares distribuídos por atores privados.
- **Embeddedness:** refere-se aos laços que conectam cidadãos e agentes públicos (funcionários, técnicos, políticos), ultrapassando a separação público e privada, sem necessariamente serem depositários de relações de corrupção ou de *rent-seeking*. Nesta definição, o conceito de capital social é expandido para incluir não apenas as relações de confiança na sociedade civil, mas também ao longo das fronteiras entre os setores público e privado. Não há uma tradução padrão do termo para o português. Alguns autores usam a expressão “autonomia inserida”, mas acreditamos que ela não capta totalmente seu significado original, que inclui também a noção de integração entre sistemas, entre indivíduos em uma rede social, e neste caso, de integração entre agentes públicos e cidadãos. Para fins deste artigo vamos nos referir ao conceito de *embeddedness* a partir da expressão ‘inserção público/privada’.

Para Evans, ambas são necessárias para produzir sinergia alegando que: *mesmo a mais óbvia divisão de trabalho tem de ser sustentada por orientações comuns e interações concretas entre os atores envolvidos*. (EVANS, 1997, p. 1123). Ele, então, nos apresenta sua definição de sinergia:

Sinergia e uma relação ganha-ganha são alcançadas por meio de complementaridade e *embeddedness*. A primeira cria uma base para interação produtiva, e a outra aumenta as chances de ganhos mútuos. (EVANS, 1997, p.1124).

Assim, complementaridade e inserção público/privada são conceitos que se combinam na explicação da sinergia Estado-Sociedade, constituindo-se em dimensões do capital social, que para o autor não está apenas no âmbito da sociedade civil, mas para além das fronteiras Estado/Sociedade. A complementaridade cria o potencial de sinergia, mas não a base



organizacional para a realização do potencial. A inserção público/privada, na forma de envolvimento direto com agentes públicos, seria a chave para os cidadãos garantirem esforços organizados que sustentariam o seu envolvimento.

Citando Putnam, Evans (1997) afirma que os estoques de capital social acumulados por longos períodos de tempo são um ingrediente crucial na criação de um “ciclo virtuoso” no qual o engajamento cívico prepararia o “bom governo” e este, por sua vez, favoreceria o engajamento cívico.

Dessa forma, a existência de associações comunitárias, igrejas, sindicatos e outras formas organizativas constituem-se em elementos básicos do capital social potencialmente existente numa comunidade e que podem ser utilizados de forma efetiva em políticas públicas. O emprego ou não desse capital pode explicar o sucesso ou o fracasso dessas políticas, e o grau de institucionalização do Estado, com a existência de regras claras e com o estabelecimento de relações de confiança entre Estado e Sociedade.

Um ciclo virtuoso é criado por meio da colaboração mútua, em que ganhos da sociedade civil e do governo alimentam boas práticas de governança, por sua vez, promovendo a participação cívica. A sinergia será dependente do grau de inserção de agentes públicos nas redes sociais, atravessando as divisas público-privadas. Para tanto as instituições públicas têm de ser coerentes e consistentes com normas internas e sistemas de reconhecimento (HARRISS, 2001).

Ostrom (1996) tenta ir além da noção de sinergia argumentando que a divisão da sociedade em segmentos como governo, sociedade civil e mercado é útil como uma ferramenta analítica, mas é uma separação artificial. Ela fala sobre o processo de ‘co-produção’, em que os *inputs* utilizados para produzir um bem ou serviço público são produzidos por indivíduos que não se encontram nas mesmas organizações. Esta definição incorpora os cidadãos como agentes ativos na produção de bens e serviços públicos.

Em um estudo comparando duas experiências, na Nigéria e no Brasil, Ostrom (1996) demonstrou como os governos podem incentivar a utilização de capital social latente em comunidades pobres e desorganizadas, facilitando a participação destas na produção de bens e serviços públicos. A experiência estudada no Brasil demonstra como um sistema inovador de distribuição de água pelo sistema pública pode ser aplicado a partir da colaboração com os cidadãos. A ideia desenvolvida em Recife, por exemplo, permitia o uso de sistemas de encanamento menores, que pudessem ser distribuídos mais facilmente em periferias onde o acesso é difícil, diminuindo os custos de implantação. Para isso os moradores tinham que se organizar em mutirões para realizarem o serviço, dividido em um sistema *soft*- artesanal realizado pelos próprios moradores- e outro *hard* – canos de alta bitola colocados a grande profundidade pelos técnicos da companhia de saneamento. A própria população das áreas beneficiadas tratou de se organizar para implantar o sistema “*soft*”, sob supervisão da burocracia municipal, e empresas locais foram contratadas para tocar a outra parte do projeto. O resultado disso é que a implantação do sistema foi um sucesso, permitindo uma significativa economia de recursos. Para Ostrom, este exemplo demonstra que o ideal em muitos casos não é a produção de bens e serviços públicos totalmente estatal ou totalmente privada, mas sim a combinação de esforços societais e estatais no sentido de possibilitar resultados mais eficientes e adequados às necessidades da população que se quer atender (CARVALHO, 1999).



Em lógica semelhante e a partir das funções de financiamento e de provisão de serviços, Gidron et al (1992) estabeleceram quatro possíveis padrões básicos de relação Estado-organizações da sociedade civil, nos quais estas duas funções serão exercidas de diferentes formas e em diferentes níveis de complementaridade, a depender do contexto histórico do país, o tipo de política pública, as características do estado e destas organizações, entre outros.

**Write e Robinson (1998) apontam alguns inconvenientes no conceito de sinergia como uma clivagem ideológica. Em primeiro lugar, esta abordagem tenderia a pensar o processo como um jogo de soma-zero, o que nem sempre é possível. Sempre haverá tensões e hostilidades caracterizando as relações entre o poder público e a sociedade civil.**

No entanto, os autores reconhecem que o conceito de sinergia de Evans vai além, quando se considera a inserção público/ privada como uma *'interconexão e interligação entre os agentes públicos e privados (que) é combinado com uma bem definida complementaridade da divisão do trabalho entre a burocracia e cidadãos locais'* (WRITE e ROBINSON, 1998, p.96).

O conceito de sinergia implica certo grau de colaboração entre organizações estatais e da sociedade civil para alcançar alguns objetivos sociais comuns, mas pode também ser visto como um processo político.

**Nestes casos a sinergia ocorre quando organizações da sociedade exercem influência, estimulando a provisão governamental de serviços sociais ou ampliando a transparência. Dessa forma a sinergia pode produzir ganhos para ambas as partes, sem necessariamente ter que ser um processo harmônico. Ao contrário, é permeado de conflitos.**

Harriss (2001) afirma que as condições para promover a sinergia estão relacionadas com as estruturas sociais, as percepções das pessoas, as redefinições de problemas e a capacidade para a ação coletiva. Estas condições, por sua vez, são influenciadas pela natureza dos conflitos sociais e a natureza e extensão das desigualdades entre as partes.

Segundo Evans (1997), os maiores empecilhos para o sucesso deste tipo de intervenção governamental no Terceiro Mundo são a profunda desigualdade social, um elevado grau de conflito (o que pode travar o desenvolvimento do capital social) e a inexistência de burocracias autônomas. O que alguns exemplos empíricos demonstram, vale ressaltar, é que a heterogeneidade social nem sempre é o maior obstáculo ao florescimento da cooperação governo-sociedade (CARVALHO, 1999).

Problemas e dificuldades são encontrados tanto no estágio da concepção das políticas quanto na sua execução. Na concepção da política, normalmente as relações de poder desiguais acabam por comprometer a responsabilidade e a legitimidade do processo de participação. No estágio da execução os problemas mais comuns dizem respeito a um insuficiente ou instável mecanismo de financiamento, coberturas desbalanceadas ou desiguais, falta de responsabilização e controle de qualidade, baixa eficiência organizacional interna, duplicação ou exclusão e sustentabilidade (WRITE e ROBINSON, 1998).

Gidron et al (1992) ressaltam que em políticas públicas onde organizações da sociedade são responsáveis pela execução, o nível de discricionariedade e a capacidade de barganha irão influenciar o modelo de provisão. Elas podem ser simples agentes executores financiados pelo governo ou ter mais influência e espectro de ação, gerenciando e desenvolvendo programas e participando de processos políticos.

É também na execução que é possível ver um conjunto de pontos fortes e fracos entre organizações estatais e da sociedade civil:

**Quadro 1 – Vantagens Comparativas na provisão de políticas sociais**

	Organizações Estatais	Organizações da Sociedade Civil
Forças	<ul style="list-style-type: none"><li>♣ Agente que possibilita a pluralidade e o funcionamento entre as partes da política</li><li>♣ Detém mecanismos para promover redistribuição de recursos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>♣ Maior foco na provisão direta de serviços</li><li>♣ Recursos Humanos com maior flexibilidade</li><li>♣ Maior flexibilidade de atuação para a inovação</li><li>♣ Ligação com bases comunitárias e maior acesso a informações e necessidades locais</li><li>♣ Maior facilidade em assistir populações excluídas</li></ul>
Fraquezas	<ul style="list-style-type: none"><li>♣ Gestão mais rígida</li><li>♣ Dificuldades em inovar e acessar informações locais</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>♣ Alcance geográfico limitado</li><li>♣ Baixa capacidade organizacional e mecanismos de planejamento e avaliação limitados.</li></ul>
Write e Robinson (1998)		

No Brasil, a problemática da relação entre Estado e Sociedade na provisão de serviços públicos é discutida principalmente a partir das ideias da chamada *Nova Gestão Pública* (NGP), trazidas durante o processo de Reforma do Estado no Governo FHC. A reforma reconhecia um contexto mundial de crescimento na importância de organizações da sociedade e advogava a transferência da execução de serviços públicos que não envolvessem exercício de poder de polícia e cobrança de “tarifas” dos usuários, com a manutenção da responsabilidade do Estado sobre seu financiamento e controle.

Entre os vários motivos assinalados que justificariam esta “opção” eram apontadas a possibilidade de cobrir vazios deixados pelo Estado e pelo Mercado; capacidade de associar a produção de bens e serviços à defesa de valores coletivos; maior eficiência e menor custo, basicamente pela utilização de voluntários e doações; existência de vantagens em relação ao Estado e ao Mercado, como dedicação e solidariedade (que seriam papéis que lhes imprimiriam uma especificidade), assim como flexibilidade, experiência especializada e habilidade para chegar a clientes dificilmente alcançáveis; e possibilidade de ajuste das prestações às características e necessidades de destinatários específicos, em um ambiente de diversidade (BRESSER PEREIRA e GRAU, 1999).

As organizações da sociedade, no contexto da reforma do Estado, eram vistas então como uma alternativa mais econômica e flexível a um Estado sobrecarregado e como um provedor alternativo de serviços públicos, podendo substituir, influenciar, estender e incrementar o trabalho do governo ou ainda ser um elemento importante na promoção da participação cidadã (GIDRON et al, 1992).

À medida que o processo de democratização, aprofundamento das reformas e descentralização de políticas sociais evolui, as funções das organizações da sociedade civil tornam-se mais indefinidas, dificultando a divisão proposta acima. A colaboração passa a envolver um conjunto de elementos contingenciais e estruturais, fazendo com que as



combinações de fatores para que ocorra a sinergia se modificarem a depender da política em questão e da natureza das relações entre Estado e Sociedade.

**No estudo sobre a inovação no Ceará, Tandler (1997) especula que os limites da sinergia estariam localizados nos espaços do governo, ao invés da sociedade. Um interessante achado deste estudo foi o de que a sinergia em níveis mais descentralizados de governo é mais dependente do grau de inserção público/privada, sendo altamente dependente da agência individual ou da habilidade das lideranças para promovê-la.**

**Por outro lado, certo grau de centralização também foi apontado como importante para a criação de sinergia, podendo prevenir o surgimento de relações clientelistas entre os níveis mais descentralizados, que possuíam capacidades organizacionais, tanto governamentais quanto da sociedade, mais fragilizadas. No estudo também foram observados alguns problemas recorrentes na descentralização de políticas e na provisão de serviços públicos pela sociedade, bem como a dificuldade de coordenação das ações diante de culturas organizacionais tão distintas.**

**Aspectos principais da divisão de trabalho na política de HIV/Aids – evidências do aspecto ‘complementaridade’.**

A análise dos documentos e das entrevistas com os gestores do Governo Federal evidenciou duas possibilidades de se pensar essa relação entre Estado e Sociedade nas políticas de HIV/Aids. Uma voltada exclusivamente para a divisão no campo da prestação de serviços, outra evidenciando o controle social, entendendo o papel das ONGs como mais ligado ao controle social sobre as ações governamentais e à contribuição na formulação de políticas, em razão das previsões legais do Sistema Único de Saúde (SUS), que estabelecem a participação paritária da sociedade civil em conselhos e conferências.

A fala mais geral dos entrevistados identifica que a grande contribuição das ONGs se deu nas atividades de prevenção e assistência <sup>1</sup> junto às populações mais vulneráveis:

A epidemia surgiu inicialmente naquilo que chamamos sociologicamente de “mau sujeito”. A pessoa sem identidade, sem rosto, sem expressão política. São os homossexuais, os profissionais do sexo... Essas pessoas viviam na clandestinidade. Para acessar essa população com medidas de prevenção, não era simples. E, além disso, o Estado, o serviço de saúde, não tinha a menor capacidade – mal consegue fazer assistência, quanto mais pensar numa política de prevenção para o Brasil inteiro; este papel as organizações da sociedade civil acabaram assumindo. Simplesmente era isso, não havia saída. (Karen Bruck – técnica SCDH).

O trabalho com populações vulneráveis acaba se concentrando nas atividades de prevenção, enquanto o Estado provia a infra-estrutura, garantindo preservativos e demais insumos de prevenção, medicamentos, material educativo e recursos financeiros. Certamente fica evidenciada a maior vantagem comparativa das organizações da sociedade para realizar este trabalho, com maior legitimidade e acesso a estas populações, além de maior flexibilidade, como também foi ressaltado em um depoimento do Ministro da Saúde em 2001:

O Ministério da Saúde mantém parceria com mais de seiscentas



organizações da sociedade civil na luta contra a Aids. São estas entidades que fazem o trabalho de varejo do controle da epidemia, dando assistência, criando grupos de apoio a soropositivos, lutando por seus direitos, melhorando sua auto-estima e poder de reivindicação. São parceiros fundamentais para a descentralização do programa. (UNESCO, 2005, p. 11).

Parece ficar explicitado também um movimento de “ocupação de espaços” feitos pelas ONGs, a partir da não existência de ações governamentais. Na medida em que a ocupação desses espaços foi gerando reconhecimento e efetividade das ações desenvolvidas, tal divisão foi se consolidando. As falas dos gestores em momento algum apontaram uma resistência ou recusa do Estado em permitir a consolidação dessa divisão, assim como também fica clara a responsabilidade governamental na área assistencial e a impropriedade em se colocar a garantia de saúde da população a cargo de ONGs:

É papel do governo dar assistência completa, o tratamento universal a todas as pessoas infectadas. Garantir a saúde da população é responsabilidade do Estado. Nunca pode ser jogado para ONG, que nem tem estrutura, condições, equipe para fazer isso. A parte de assistência desse apoio do governo aos projetos, é para as Casas de Apoio. É o único caminho [...]. Mas que também não entra na parte de exame, de testes, de medicamento, nada disso. Ela dá abrigo, suporte psicológico, alimentação para pessoas que não têm para onde ir. (Lilia Rossi – Ex-técnica Unidade de Prevenção).

São destacadas as inovações trazidas pelas ONGs no campo da assistência, cujo trabalho é visto como complementar à estrutura que se cria no Estado. Esta complementaridade também foi destacada pelo Banco Mundial, que entre 1993 e 1994, passou a apoiar a política nacional, possibilitando apoio as ONGs, contribuindo para o estabelecimento de um processo de divisão de trabalho no que se refere a populações vulneráveis:

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

O relatório do banco traz ainda um resumo consolidado dos projetos de ONGs apoiados durante a vigência dos empréstimos nominados Aids I e Aids II. No Aids I, 185 ONG foram beneficiadas; no Aids II esse número chegou a 795. Boa parte dos projetos se destinava a populações vulneráveis, com destaque para aqueles voltados a profissionais do sexo, homossexuais, usuários de drogas, mulheres e juventude, além de um número significativo de projetos de assistência para pessoas vivendo com HIV/Aids (THE WORLD BANK, 2004, p.8).

Outro relatório da UNESCO traz dados que destacam a participação de ONGs na provisão da política.<sup>ii</sup> <sup>iii</sup> O Quadro 2 mostra o total de projetos financiados em cinco categorias: ONG, Organizações Governamentais - OG,<sup>iv</sup> Universidades,<sup>v</sup> Hospitais<sup>vi</sup> e outros <sup>vii</sup> e mostra a evolução no número de projetos financiados ano a ano dentro de cada categoria, destacando o elevado número de projetos de ONGs, que respondem, em todos os anos, por mais de cinquenta por cento do total de projetos.

#### **Quadro 2 – Número de projetos apoiados pelo PN entre 1999 e 2005 e divididos por tipo de organização**



	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
1.ONG	351	521	692	560	724	534	199
2.OG	141	93	91	348	173	47	70
3.UNI	109	43	65	102	49	40	39
4.HOS	29	15	20	34	35	19	16
5.Outros	10	11	9	20	14	6	13
	640	683	877	1064	995	646	337

Fonte: Unesco (s. d.)

A partir dessa tabela geral, os projetos foram divididos por público-alvo dentro das cinco categorias. Os principais públicos das ONGs foram portadores do HIV/doentes de Aids (15%), homossexuais (13,04%), profissionais do sexo (10,94%), mulheres (8,91%), usuários de drogas injetáveis (6,81%) e população em situação de pobreza e/ou moradores de rua (6,70%), ao passo que os projetos destinados à população em geral totalizaram 8,88% dos projetos, demonstrando o enfoque do trabalho com populações vulneráveis.

As OGs atenderam portadores do HIV/doentes de Aids (20,35%), seguidos por população em geral (15,99%). Nota-se que também atendem usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo (ambos com 14,75%) e crianças, adolescentes e adultos jovens, exceto aqueles em situação de rua (com 5,30%). As demais instituições – UNI, HOS e outras – possuem padrão relativamente semelhante entre si e distinto do das ONGs, com altas porcentagens em projetos destinados a profissionais de saúde (25,95%, 16,67% e 33,73% respectivamente); portadores do HIV/doentes de aids (17%, 35,12% e 12,05 respectivamente); e população em geral (12,08%, 6,55% e 13,25%).

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

Esta análise foi complementada pela comparação inversa da distribuição dos projetos, desta vez a partir da variável público-alvo. Quanto aos projetos voltados para casas de apoio e para crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids em situação de abrigo e grupos de convivência, todos foram implantado por ONGs. Para outras populações também há percentuais elevados: homens profissionais do sexo (92,42%), crianças, adolescentes, adultos jovens, em situação de rua e/ou internos em instituições (90,63%), homossexuais (86,64%), entre outras. Ou seja, no período analisado, há evidências de que o desenvolvimento de ações específicas para alguns grupos vulneráveis esteve predominante ou exclusivamente nas mãos de ONGs.

No caso de OGs, as populações que mais tiveram projetos foram saúde mental (52,17%), usuários de drogas injetáveis (34,47%), portadores de deficiência (33,33%) e mulheres profissionais do sexo (30,60%). Estes percentuais apontam evidências de que OGs também possuem ações específicas para alguns segmentos vulneráveis, o que suaviza nossa hipótese inicial, que esperava encontrar um padrão de divisão de trabalho mais rígido entre ações voltadas a grupos vulneráveis (desenvolvidas por ONGs) e ações voltadas predominantemente à população em geral (desenvolvidas por OGs)

Quanto às universidades, as principais populações que tiveram projetos implantados foram portadores de DST (54,55%), profissionais de saúde (47,93%) e profissionais de saúde e educação (40,91%). Entre os hospitais, as principais populações que tiveram projetos por eles



implantados foram saúde mental (26,09%), grupos de adesão e população em assentamentos e acampamentos urbanos (ambos com 14,29%) e profissionais de saúde (11,57%). Quanto aos “outros”, as principais populações que tiveram projetos implantados foram empregadores e empregados no local de trabalho (12,77%) e profissionais de saúde (11,57%).

Dentro da imensa gama de atividades desenvolvidas pelas ONGs, duas em especial podem ser destacadas: assessorias jurídicas para defesa de direitos (*advocacy*) e as casas de apoio. Constitucionalmente, esses serviços são previstos como obrigação do Estado (via Defensoria Pública e Serviços de Saúde), mas, ao longo da história da epidemia, acabaram sendo prestados por ONGs e são tidos como referência.

Outra evidência importante neste contexto é a participação das ONGs na distribuição de insumos de prevenção para sexo seguro, elemento absolutamente central dentro da política de combate ao HIV/Aids. Diversas ONGs em todo o país recebem periodicamente cotas desses insumos para distribuição, muitas vezes independente de terem projetos conveniados naquele momento. Tal distribuição é crucial se considerarmos o trabalho com populações de difícil acesso, sem tradição de acesso aos serviços públicos de saúde, o que complementa a disponibilização desses insumos também feita no serviço público.

Um exemplo disso são os Bancos de Preservativos, criados a partir de unidades gerenciadas por lideranças comunitárias ligadas a associações de base voltadas a suprir demandas de populações mais pobres. Atuam em parceria com a unidade de saúde local e a coordenação local de DST/Aids e são considerados pelo PN “uma proposta intermediária enquanto as unidades locais se organizam e assumam a distribuição sistemática do preservativo na sua rotina.” (BRASIL, 2002, p. 8)

A capacidade de capilarização das ONGs é aproveitada para promover ampliação de cobertura e disponibilização de insumos onde se faz necessário. Além disso, muitos trabalhos de ONGs buscam criar na população acessada o hábito de buscar os preservativos também nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e postos de saúde, se tornando uma ponte entre estes.

### **Inserção Público/Privada e a produção de sinergia**

Os dados apresentados acima confirmam haver complementaridade entre o Estado e a sociedade na provisão da política de HIV/Aids, com relativa clareza a respeito das vantagens comparativas de cada um e das responsabilidades. Discutiremos agora alguns elementos que nos permitam verificar o grau de inserção público/privada nesta relação.

Na fala dos entrevistados verifica-se uma tensão entre uma relação definida como “prestação de serviço” (nos moldes de uma terceirização ou como uma relação de compra-e-venda de serviços) e uma orientada mais pela noção de “parceria”:

Algumas pessoas interpretam que o trabalho feito pela sociedade civil em HIV/Aids tem um caráter de prestação de serviço, porque seria um trabalho que não é complementar ao Estado e sim, um trabalho de substituição, que deveria ser do Estado. (Moisés Taglietta, técnico da Unidade de Planejamento).

A complementaridade, neste caso pode evoluir para uma relação que compromete a capacidade de ação autônoma do Estado, e principalmente, das organizações da sociedade que acabam se organizando em torno dos recursos provenientes desta parceria ou prestação de



serviços. Esta constatação aponta para um elemento importante na evolução do processo de sinergia entre Estado e ONG, na medida em que na política de HIV/Aids, as ONGs desempenham esta dupla função: ao mesmo tempo em que fazem controle social, recebem recursos do Estado para seus projetos.<sup>viii</sup>

Como fazer com que a complementaridade na provisão não prejudique a ação mais estratégica destas organizações, fundamental para a manutenção da sinergia na relação, referente à sua autonomia para garantir também o controle social da política?

Há certas especificidades na complementaridade desta relação que dão significado diferenciado à utilização do termo ‘prestação de serviços’, não permitindo que fique esvaziado. O trabalho das ONGs com populações vulneráveis permitiu uma maior visibilidade desses grupos dentro da sociedade brasileira, contribuindo para a redução do estigma e da discriminação a que estão sujeitos por diversas razões históricas e culturais. O apoio a esses grupos representa ainda a abertura de canais institucionais de comunicação entre eles e o Estado, que passa a reconhecer melhor seus direitos, necessidades e interesses, ou seja, a inserção público/privada. Este caráter, que transcende a mera prestação de serviço, qualifica e desenha melhor a natureza da complementaridade da relação, aparece na fala de alguns gestores:

Nós conseguimos fazer a prevenção, o encaminhamento ao serviço de saúde, distribuição de preservativos, tudo, mas não conseguimos dar este caráter de consciência coletiva. Quem vai poder fazer isso definitivamente, é a sociedade civil porque o olhar dela sobre o fenômeno social é outro. O que dá para dizer é que hoje há municípios e estados que compreendem que fazer prevenção com as diversas populações faz parte da tarefa do Estado. Mas não dá para você fazer uma equivalência. (Julio Pacca – Ex-chefe SCDH).

Na fala de outra técnica do PN:

A epidemia naturalmente traz para dentro do governo e do Estado o olhar para esses grupos. Eu tenho que olhar e saber e ver e entender que existe gay, que existe travesti, que existe puta, que existe ‘drogado’ (na época se falava isso). (Lilia Rossi – Ex-técnica Unidade de Prevenção).

A dimensão das inovações trazidas pelas organizações da sociedade não pode ser deixada de lado na discussão da complementaridade. Estas organizações podem criar novas estratégias de prevenção, diferentes formatos, mídia, por exemplo, mapeamento em áreas de difícil acesso ou com grupos marginalizados. Um exemplo histórico dentro da política de HIV/Aids foram as chamadas *Hot Lines*, serviço telefônico de informações criado por ONGs gays da cidade americana de São Francisco e as próprias “oficinas de sexo seguro”, uma das principais metodologias de trabalho prevenção utilizadas.

Ao mesmo tempo, existe a necessidade do Estado incorporar estes aprendizados gerados pelas organizações da sociedade. Há certa pressão, percebida pelos próprios gestores, e também colocada pelo Banco Mundial, parceiro estratégico para a manutenção da política, de descentralizar as ações. A descentralização resolveria a questão da manutenção das atividades numa estrutura centralizada no governo federal que se mostra inviável no longo prazo, e também pela necessidade de incorporar as capacidades geradas no restante da estrutura do SUS. Este movimento poderia garantir a legitimidade e a sustentabilidade da política de HIV/Aids, uma vez que o perfil da epidemia vem se modificando para o interior, fugindo do



raio de funcionamento da atual rede de serviços das organizações da sociedade, concentrada nos centros urbanos:

Se a gente pensar, a sociedade civil está muito presente nas capitais, nas grandes cidades. Mas se for pensar em cobertura da sociedade civil em relação ao restante do país, a cobertura é muito pequena. Aí, vamos ver que de fato essa cobertura é dada pelo serviço de saúde. Na última pesquisa que fizemos a respeito disso, os preservativos são majoritariamente buscados das unidades de saúde. Não tínhamos essa ideia. Com a interiorização da epidemia, estamos buscando parcerias com organizações mais comunitárias, que diferem quanto à estrutura das ONGs/Aids. (Raldo Bonifácio – Ex-diretor PN)

Os dados apresentados na seção anterior podem dar algumas indicações de que esta apropriação por parte do Estado já está em curso. Há percentuais consideráveis de OG trabalhando com populações vulneráveis, com usuários de drogas e profissionais do sexo, além do que, a partir do final dos anos 90, foram intensificados os mecanismos de repasses de recursos específicos para estados e municípios constituírem e/ou ampliarem suas políticas de combate às DST/HIV/Aids.

A questão então passa a ser analisar como se constituem e se manifestam a complementaridade e a inserção público/privada à medida que a descentralização desta política pública avança.

Por um lado, há possibilidades de interações entre os projetos de organizações da sociedade e programas governamentais com princípios e linhas de ação semelhantes, a saber, o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), na medida em que as ações de controle e prevenção das DST/HIV/Aids também vêm se tornando parte das atividades desenvolvidas nesses programas. Apesar de apresentarem certa semelhança, por exemplo, na questão dos agentes ligados à comunidade e na realização do trabalho de campo, buscando ativamente a população a ser acessada, possuem também diferenças importantes que lhes atribuem certo caráter “singular”, a ponto de não poderem ser considerados “permutáveis” entre si, em especial com relação ao *empowerment* das populações assistidas e públicos-alvo. Esta aproximação poderia gerar aprendizados significativos na estrutura do SUS, no sentido de ‘ensiná-lo’ a fazer prevenção.

Existe uma preocupação de que as relações estabelecidas com instâncias de governo estaduais e municipais alterem o nível de inserção público/privada, uma vez que ocorrem sob bases históricas de articulação entre Estado e Sociedade diferenciadas. Adicionalmente, há diferentes capacidades organizacionais envolvidas, como apontou Tendler (1997) no seu estudo. Fica pairando a questão de se estariam as estruturas do SUS preparadas para desenvolver tais ações. Alguns defensores da descentralização argumentam que sim, e que fora justamente a manutenção da complementaridade da maneira como construída junto ao governo federal o fator impeditivo da difusão desse aprendizado e sua incorporação na rede do SUS:

Com o passar dos tempos alguns serviços de saúde foram achando coisas esquisitas, como “prevenção é com ONG”, o que eu considero um despropósito visto que compete ao SUS garantir integralidade – que é a soma de prevenção, assistência e recuperação. Outros se esquivavam de cuidar de aspectos sociais dos clientes por acharem que isso também era tarefa de ONG, desconsiderando a necessidade de integrar políticas públicas



dentro do próprio aparelho do Estado. Tornou-se uma espécie de terceirização de serviços que o Estado não tinha apetite de prestar, com isso diminuindo a capacidade ativista das entidades da sociedade civil. (Fábio Mesquita – Ex-chefe SCDH).

Para os entrevistados, é nítida a necessidade de que essas ações sejam incorporadas pela rede pública de saúde, a partir da visão de que a prestação de serviços de forma continuada não caberia às ONGs. Apesar disso, afirma-se que nem sempre o gestor local está disposto ou tem condições de assumir tais ações e que as ONGs, por si, preferem continuar a executá-las, instaurando-se, assim, um conflito a respeito da “titularidade” destas ações.

Este conflito se torna mais nítido quando se avaliam locais onde existem ações consolidadas de ONGs, notadamente nos grandes centros urbanos, pois talvez já existam ganhos de escala (com uma estrutura de provisão já montada) e aprendizados que permitem, por exemplo, a continuidade das inovações. Em lugares onde tradicionalmente não existem ações em HIV/Aids vindas da sociedade civil, de fato a opção mais factível parece ser que a rede pública de saúde passe a oferecer essas ações. Neste processo, a participação da sociedade civil pode ser estimulada, a partir das instâncias de controle social já existentes, como os Conselhos de Saúde. Também é possível pensar em intercâmbios com ONGs de localidades próximas, ou a partir de uma articulação com os Fóruns estaduais de ONGs/Aids, existentes e atuantes na maioria dos estados. Em um contexto como este se entende não só a necessidade de ampliação de cobertura, como também o papel crucial que a rede pública desempenha nesta tarefa.

Se por um lado é razoável supor que as ações de ONGs não conseguem dar a cobertura necessária, por outro lado é também razoável questionar até que ponto há o risco de que o Estado chame para si tais atividades, deixe de apoiar as iniciativas da ONG e não consiga implementar adequadamente tais atividades. Ou pior, que perca a complementaridade que possui nestas ações, já demonstradas, como a possibilidade de criar inovações e de *empowerment* de grupos marginalizados. Para outros entrevistados, os serviços já teriam condições de incorporar esse trabalho, cabendo às ONGs reforçar suas ações de controle social ou se focar em ações de cunho mais estratégico e inovador.

A divisão de trabalho, que parecia ter contornos mais claros quando focada no âmbito federal, assume, portanto, contornos incertos na medida em que estados e municípios se inserem e o processo de descentralização se amplia.

### **Considerações Finais**

Na análise do compartilhamento das ações para a produção de serviços públicos na política de combate ao HIV/Aids no Brasil, observa-se que há uma sinergia construída, cujo início se deu antes mesmo da política se constituir, a partir da pressão de grupos da sociedade para sua criação. Em um contexto de muitas lutas as organizações da sociedade encontraram seu espaço e contribuíram para a construção da legitimidade da política juntamente com o governo, além de ter sido decisiva na sua implementação, seja produzindo inovações que contribuíram para seu sucesso, seja operacionalizando certas ações que o governo não estava preparado para realizar sozinho.

Analisar esta relação levando em conta apenas a proposta da divisão de trabalho nos moldes propostos por parte da literatura da NGP (BRESSER PEREIRA e GRAU, 1999; GIDRON et al, 1992; WRITE e ROBINSON, 1998), que se foca na vantagem comparativa entre as



diferentes organizações, deixa de lado questões importantes, com relação ao fortalecimento do capital social e construção democrática. Esta divisão de trabalho é retratada principalmente pela noção de complementaridade das ações de organizações governamentais e da sociedade, destacando a flexibilidade, experiência especializada e habilidade para chegar a clientes dificilmente alcançáveis; e possibilidade de ajuste das prestações de serviço às características e necessidades de destinatários específicos, em um ambiente de diversidade.

Verificou-se uma forte complementaridade e inserção público/privada na política de HIV/Aids na sua versão centralizada, com uma divisão de tarefas que acaba se institucionalizando com a assinatura dos acordos com o Banco Mundial. A complementaridade se mostrava mais forte no trabalho com populações vulneráveis, na prevenção e nas inovações trazidas pelas ONGs

No entanto, a própria complementaridade já traz em si questões que vão para além da divisão público/privado, quando, por exemplo, insere na política pública grupos sociais excluídos. Portanto, compreender a sinergia desta relação, envolve olhar também esta inserção estado/sociedade. Ao olhar o histórico destas relações, percebe-se que a sinergia não é um jogo de soma zero, ela é construída por aspectos organizacionais que se refletem na complementaridade, mas também por aspectos sistêmicos e relacionais, que se refletem na inserção de agentes públicos e privados no espaço de atuação da política. Esta é uma relação permeada de lutas e aprendizados (EVANS, 1997).

Uma relação construída desde o momento em que os primeiros casos de aids foram detectados no país conseguiu superar as relações de poder desiguais apontadas como empecilhos para a sinergia. A provisão dos serviços, especialmente através do acordo com o Banco Mundial, também consegue superar as dificuldades de financiamento, falta de responsabilização, mas não as de coberturas desbalanceadas ou desiguais. Por isso, coloca-se aqui a contribuição dos conceitos de sinergia, complementaridade e inserção público/privada para a compreensão da provisão compartilhada de serviços públicos, que está presente não apenas na política de HIV/Aids, mas também em outras políticas públicas, seja em nível federal, estadual ou municipal, como por exemplo, as parcerias do Programa de Saúde na Família nas comunidade ribeirinhas na Amazônia (BARROSO, 2003).

Retornando ao caso do programa de HIV/Aids, observa-se uma mudança na própria configuração da política, com a modificação das bases de sustentação da sinergia até aqui construída. Na medida em que a política se descentraliza, pressionada também por uma modificação do cenário da epidemia, que se expande, se interioriza e passa a afetar diferentes populações. Porém, a legitimidade das ações em HIV/Aids precisa ser sustentada com a absorção de suas capacidades e inovações para outras instâncias do SUS, observando a necessidade de ampliação da sinergia não apenas nos limites da sociedade, mas também em do Estado.

Portanto, a questão da incorporação de atividades tradicionalmente desempenhadas pelas ONGs no âmbito do SUS não deve ser pensada em termos de oposição Estado/ONGs, como parece transparecer em algumas falas. A incorporação pelo SUS não deveria representar, *a priori*, o abandono do apoio às ações que vêm sendo desenvolvidas pelas ONGs ao longo dos últimos anos – seja para atividades de caráter mais contínuo seja para aquelas de caráter mais inovador e/ou estratégico –, o que significaria uma mudança radical dessa divisão de trabalho que vem sendo construída e de certa forma, o abandono de estoques de capital social acumulados desde o início da epidemia e que auxiliaram a construção de um círculo virtuoso



Diante disso se desenha um cenário de descentralização, e novos desafios se colocam para manter e reconstruir a complementaridade e a inserção público/privada dos agentes governamentais e societais na política de combate ao HIV/Aids.

Um importante dilema colocado reside no fato de que os projetos de ONGs financiados pelo Governo Federal contemplam diversas ações de caráter contínuo, ou seja, que não deveriam ser interrompidas, mesmo com o final desses projetos. Assim, faz-se necessário pensar de que forma tais ações terão continuidade, se por meio de um apoio mais institucionalizado às ONGs, ou se pela incorporação a partir de programas governamentais locais.

A superação desses desafios passa pela construção de novas relações junto a estados e municípios, no tocante à possibilidade de se realizar ações de controle social e de formulação dos contornos locais desta política e ao mesmo tempo poder ter acesso a recursos para desenvolvimento de ações.

No contexto histórico que permeia a maior parte das relações entre Estado e Sociedade no Brasil, que muitas vezes envolvem a cooptação de movimentos sociais e o estabelecimento de relações clientelistas, a descentralização da política de HIV/Aids pode aumentar a tensão entre o papel de parceria das organizações da sociedade na provisão de serviços sociais e seu papel de controle social.

Atrelado a isso, a questão do financiamento destas ações precisa ser discutida, tanto no sentido de permitir a autonomia de um conjunto de organizações, como no sentido de aproveitar uma estrutura já montada de prestação de serviços, ainda que estas estruturas possuam, como apontado por Write e Robinson (1998), menor capacidade organizacional e de planejamento.

A política de descentralização contempla alguns mecanismos para garantir um financiamento regular para as ações de prevenção e assistência de ONGs, por meio de concorrências públicas de responsabilidade dos Estados (CAMPOS, 2008). Entretanto, é preciso avaliar como a complementaridade local será construída em termos mais programáticos e como estes recursos disponibilizados atuarão nesta construção. Será preciso também avaliar a construção da inserção público/privada entre os agentes públicos e membros de ONGs, dimensão esta que está além da estrutura institucional da política.

Finalizado, portanto, este período em que a Política de HIV/Aids possuía contornos mais centralizados, estão postas novas problemáticas a serem analisadas e que certamente dialogarão com a vasta literatura já existente no Brasil sobre descentralização e políticas públicas.

### **Referências Bibliográficas**

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aids no Brasil: Um Esforço Conjunto Governo-Sociedade*. Brasília, 1998. (Mimeo.)
- \_\_\_\_\_. *Catálogo de Organizações da Sociedade Civil-2000/2001*. 2.ed. revista e ampliada. Brasília, 2001.



\_\_\_\_\_. *Política de reconhecimento e apoio às Organizações da Sociedade Civil que atuam contra a Aids*. Brasília, 2001a. (Mimeo.)

\_\_\_\_\_. *Política de Distribuição do Preservativo Masculino na Prevenção ao HIV/Aids e DST no Brasil*. Subsídios para o processo de pactuação na Comissão Intergestora Bipartite. Brasília, 2002. (Mimeo.)

\_\_\_\_\_. *Profissionais do sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da Aids*. Brasília, 2002a.

BARBOZA, Renato. *Gestão do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das ações no período de 1994 a 2003*. Dissertação de Mestrado em Ciências, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – CCD, São Paulo, 2006.

BARROSO, Monica M. Projeto Saúde e Alegria: um ensaio crítico. [Cadernos Gestão Pública e Cidadania, v. 24. São Paulo: EAESP-FGV, 2003.](#)

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; GRAU, Nuria Cunill (Org.) *O público não-estatal na reforma do Estado*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999.

CAMPOS, L. C. ONGS/Aids: acesso a fundos públicos e sustentabilidade de ações. In RAE – *Revista de Administração de Empresas*. Vol. 48, no 3, jul/set 2008. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas.

CARVALHO, Andre Borges. *As Vicissitudes da Reforma Gerencial no Brasil: uma abordagem analítica*. Anais do 23 ENANPAD, Foz do Iguacu, 1999.

EVANS, Peter. Government action, social capital and development: reviewing the evidence on synergy. *Research series*, N. 94, University of California, Berkley, 1997.

GALVÃO, Jane. *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

GIDRON, Benjamin et al. (Ed.) *Government and the Third Sector: Emerging Relationships in Welfare States*. San Francisco: Jossey-Bass, 1992.

HARRISS, John (2001). *Depoliticizing development: the World Bank and social capital*. London, Anthem Press.

OSTROM, E.. Crossing the great divide: co production, synergy and development. *World Development*, Vol. 24, issue 6, pp 1073-1087, 1996.

PARKER, Richard. *Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/AIDS no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/AIDS, 1982-1996*. (Divulgação em Saúde para Debate, 27, agosto 2003.) Londrina (PR): Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2003.

RICH, Jessica. *Re-examining the Link Between Decentralization and Civil Society Mobilization*. National Bureaucrats and Local Mobilization around HIV/AIDS Policy in Brazil. Rio de Janeiro, 2010 (Mimeo).

TENDLER, Judith. *Good government on the Tropics*. London and Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1997.

TERABE, Sandro Hauyuki. *Avaliação do grau de sustentabilidade das ONGS que executaram projetos financiados pelo Programa Nacional de DST e AIDS - Perspectivas dos Stakeholders*. Dissertação de Mestrado Profissionalizante em Vigilância em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

THE WORLD BANK. *Project Performance Assessment Report*. Brazil First and Second Aids and STD Control Projects (Loan 3659-BR and 4392-BR). Disponível em <http://www.worldbank.org/>, acesso em 15.08.2005.

UNESCO. *Response to Aids challenges in Brazil: limits and possibilities*. Brasilia: Unesco / Ministry of Health, 2005

WRITE, G. and ROBINSON, M. Towards synergy in social provision: civic organizations and the state. In *Beyond the new public management*, Minogue, M; Polidano, C; Hulme, D. Cheltenham, Edward Elgar Publishing, 1998.



---

<sup>i</sup> Por assistência, entende-se o conjunto de ações de saúde necessárias para monitorar e combater a atuação do vírus HIV no organismo humano, como o fornecimento dos medicamentos antiretrovirais (mais conhecido como Coquetel), realização periódica de exames e consultas para monitorar a evolução do vírus e o impacto dos antiretrovirais e tratamento para as chamadas doenças oportunistas e outras doenças sexualmente transmissíveis. Por prevenção, entende-se o conjunto de ações destinadas a evitar que uma pessoa venha a se infectar com o vírus HIV ou infecte outras pessoas, caso já esteja infectado. Consiste em ações para ampliar o nível de informação das pessoas sobre as formas de transmissão do HIV, disponibilização de insumos, como preservativos, e ações que incentivam a adoção de comportamentos mais seguros em relação à infecção.

<sup>ii</sup> A tabela apresentada nos foi disponibilizada pela UNESCO. Originalmente continha apenas uma lista bruta de todos os projetos financiados pela UNESCO e UNODC (em um total de 5.242), sem distinção entre as diversas organizações. Nosso trabalho consistiu em tentar categorizar esses projetos para que separássemos aqueles efetivamente implantados por OSC/ONGs (considerando, obviamente, a grande diversidade de organizações existentes) em relação aos executados por essas outras instituições.

<sup>iii</sup> Nesse período, UNESCO e UNODC gerenciaram os convênios envolvendo as ONGs e os recursos do Banco Mundial.

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

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

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

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

<sup>viii</sup> Pesquisa UNESCO (2005) mostrou que 78 por cento das ONGs respondentes (N=328) apontaram convênios com órgãos públicos como uma de suas fontes de recursos, sendo essa a opção mais assinalada. A importância dos recursos governamentais já havia sido reconhecida por pesquisa anterior realizada pelo PN, onde se apontava que “as organizações conveniadas que assinalaram convênios com Órgãos Públicos [enquanto principal fonte de financiamento] provavelmente dependem exclusivamente desta fonte de captação de recursos [...] os convênios com Órgãos Públicos denotam um novo papel do Estado, no caso através da CN-DST/Aids, na valorização do trabalho não-governamental. Ao mesmo tempo não lhe compete e dele não pode prescindir, especialmente se focalizarmos as ações de prevenção em resposta à epidemia no país.” (BRASIL, 2001, p. 26).