



Sobre Valores e Fatos

A Experiência das ONG que Trabalham com Aids no Brasil

Brasília

1997

© 1997 - Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

Tiragem: 4.000 exemplares

Texto: José Luciano de Mattos Dias e José Stalin Pedrosa

Capa: Gilvan Nunes

Ministério da Saúde
Secretaria de Projetos Especiais de Saúde
Coordenação Nacional de DST e Aids

Esplanada dos Ministérios - Bloco G - Sobreloja

CEP: 70058-900 Brasília-DF - Brasil

Disque Saúde / Pergunte Aids: 0800 61 1997

<http://www.aids.gov.br>

Publicação Financiada com Recursos do Projeto BRA 92/001

Ficha Catalográfica

Sobre valores e fatos : a experiência das ONG que trabalham com aids no Brasil / Coordenação Nacional de DST e Aids. - Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

40 p.

ISBN 85-334-0151-5

1. Síndrome de imunodeficiência adquirida 2. Organizações não- governamentais 3. Brasil. I Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde.

NLM-WC 503

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Sumário

INTRODUÇÃO

1. A Epidemia pelo HIV/Aids e as Primeiras Respostas Sociais
2. O Catálogo de Organizações Não-Governamentais
3. A Avaliação de Projetos de 1996
4. ONG que Trabalham com Aids e o Estado no Brasil: Perspectivas

Notas

Este trabalho é dedicado à memória das pessoas que morreram com aids no Brasil, nos cinco primeiros anos de epidemia, portanto, antes da criação da atual Coordenação Nacional de DST e Aids e da primeira ONG que trabalha com aids, ambas ocorridas em 1985. Foram essas pessoas, seus familiares e amigos- sem o apoio de instituições e qualquer tradição cultural-, que verificaram que sem o "direito a ter direitos", foram os acidentes da simpatia e das afinidades, a força da amizade ou a graça do amor, os únicos elementos que encontraram em seu viver (e morrer) com aids.

INTRODUÇÃO

O objetivo das páginas que se seguem é oferecer um panorama da experiência vivida pela Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (CN-DST/AIDS), do Ministério da Saúde, no financiamento de projetos conduzidos por Organizações Não-Governamentais (ONG), voltados para o combate às DST e HIV/Aids. Cremos que o esforço desenvolvido pelas ONG e pela CN-DST/AIDS desde 1994¹, no sentido de prover as condições para uma ação comunitária efetiva no campo da prevenção e assistência, constitui uma experiência exemplar na administração pública brasileira, seja pela definição compartilhada das linhas de uma política pública, seja pela articulação intrinsecamente tensa entre militância social, conhecimento técnico e ação de governo.

A primeira seção descreve os pressupostos históricos que deram origem ao Setor de Articulação com ONG da CN-DST/AIDS, resgatando parte da história "onguista" anterior ao ano de 1992, e do empréstimo do Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD ou Banco Mundial), que viabilizou técnica e politicamente a iniciativa, financiando os projetos de ONG no país.

A segunda seção apresenta uma análise das características organizacionais do conjunto de ONG que responderam aos questionários enviados com vistas à elaboração dos Catálogos de ONG que trabalham com aids publicados nos anos de 1994, 1995 e 1996.

A terceira seção retoma esta perspectiva analítica utilizando as informações geradas pelo relatório da avaliação geral dos projetos terminados e em curso, concluído em julho de 1996. São os dados mais consolidados e que estão sendo usados para inferir o êxito da CN-DST/AIDS em suas parcerias com o setor comunitário, servindo, inclusive, como insumo para as negociações envolvendo o segundo empréstimo do Banco Mundial para o Ministério da Saúde (1998-2002), nessa área de atuação, previstas para o próximo ano.

A última seção apresenta as reflexões sobre esta experiência à luz das discussões contemporâneas sobre o papel das ONG e a natureza de suas relações com o Estado no Brasil.

1. A Epidemia pelo HIV/Aids e as Primeiras Respostas Sociais

O diagnóstico e relato dos primeiros casos de aids nos Estados Unidos, no ano de 1981, ocorreram em homens com práticas homossexuais, provocando a associação, ainda hoje presente no Ocidente, da pandemia com a homossexualidade². Na época, a comunidade homossexual dos EUA - sobretudo nos grandes centros urbanos das costas Nordeste e Oeste - já possuía, há bastante tempo, uma organização comunitária provedora de vários tipos de serviços que, imediatamente, incorporou à sua agenda de prioridades o enfrentamento da epidemia. Antes mesmo da descoberta do agente infeccioso (HIV), em 1983³, e de suas vias de transmissão, as atividades destas comunidades já compreendiam a defesa dos direitos humanos das pessoas afetadas, a assistência médica ou social e a realização dos programas de prevenção⁴.

Em muitos casos, as respostas comunitárias foram mais produtivas e inovadoras que as ações originárias do governo ou dos setores médicos convencionais. É exemplar o processo de desmistificação da infecção pelo HIV como doença infecto-contagiosa. O HIV também não é apenas uma doença sexualmente transmissível; o HIV é, isto sim, uma infecção que tem várias formas de transmissão: o sangue, o leite materno e as secreções sexuais. E como todo agravo à saúde, o HIV e a aids atinge indivíduos e comunidades mais vulneráveis e, portanto, mais expostos às situações de risco⁵. Assim, passaram a ser justificados programas e projetos de prevenção voltados para indivíduos e grupos sociais, baseados na constatação de que a vulnerabilidade pessoal é moldada pela vulnerabilidade social⁶.

Esse legado estabeleceu, nos Estados Unidos, dois métodos de trabalho distintos e muitas vezes antagônicos, no início da epidemia, no campo do combate ao HIV e a aids. De um lado, a comunidade (não apenas homossexual) pretendendo situar a aids dentro das fronteiras das políticas sociais. De outro, uma estratégia tecnicista em que todo o problema é encarado como essencialmente médico e que só no âmbito das tecnologias biomédicas a epidemia poderá ser controlada.

No Brasil, a trajetória foi um pouco diferente, sobretudo a partir da década de 1990, registrando-se uma interação crescente entre ações governamentais e movimentos comunitários. No plano governamental, em 1985, uma portaria ministerial criava a atual Coordenação Nacional de DST e Aids e, em 1986, foram iniciados os trabalhos da então Divisão Nacional de Controle das DST e Aids, do Ministério da Saúde. Integrada por epidemiólogos, sanitaristas e clínicos, o programa logo destacou-se como um dos maiores na estrutura ministerial, mobilizando mais de 30 profissionais⁷.

No plano da sociedade, data de 1985 a criação da primeira ONG que trabalha com aids no Brasil: o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (GAPA) do estado de São Paulo. É por sinal,

neste estado, com tradição de autonomia administrativa e com o maior número de casos de aids relatados no país, que iria se criar, na gestão do governo Franco Montoro (1983-1987), um serviço pioneiro e exemplar: o Centro de Referência e Treinamento para Aids (CRTA)⁸.

Centralizando o atendimento e a informação, promovendo contínuas campanhas de prevenção, incluindo o inédito outreach (trabalho corpo a corpo) comunitário no Brasil, o CRTA serviu como estímulo para o surgimento das primeiras ONG exclusivamente dedicadas ao trabalho com aids de São Paulo: o GAPA, com ações voltadas para o combate à discriminação e campanhas gerais de prevenção; seguindo o modelo de SP, mas autônomos, constituíram-se, posteriormente, uma rede de vários GAPA; a Casa de Apoio Brenda Lee, primeira iniciativa na América do Sul de criar um serviço para-médico para pessoas consideradas em estado avançado de aids e sem vínculos com família, amigos e emprego, focalizada sobre uma população muito estigmatizada: os travestis; e o Grupo de Incentivo à Vida (GIV), um grupo de auto-ajuda para pessoas com HIV e aids. Com o tempo, essas entidades se tornaram autônomas do CRTA, que, ao mesmo tempo, diminuía o volume de suas atividades a partir da segunda metade do governo Orestes Quéricia (1990-1991). Sublinhe-se que o GAPA mantinha vínculos com CRTA, mas não dependência política ou administrativa.

No Rio de Janeiro, a situação foi bem diferente. O estado e a cidade não possuíam um programa profissionalizado e apresentavam uma infra-estrutura de saúde muito precária. Os serviços de saúde ainda ressentiam-se da transferência da capital do país para Brasília (1960) e da fusão dos antigos estados do Rio e da Guanabara (1974), sofrendo de uma espécie de "crise de identidade" aguda de sua rede de serviços médico-hospitalar. Por outro lado as primeiras iniciativas no campo comunitário foram lideradas por Herbert de Souza (Betinho) e Herbert Daniel⁹ que trouxeram para a luta contra a aids suas tradições oposicionistas, marcadamente reformistas, e as preocupações com as chamadas questões emergentes dos anos 80, como a discussão ecológica, de gênero, de sexualidade e da homossexualidade, vindas da tradição européia e norte-americana da contracultura dos anos 60 e 70.

A união dos dois Herberts, mais a adesão de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Bernardo Galvão, Hélio Gelli e sua esposa, já falecida), do criminalista Nilo Batista, do bispo da Igreja Católica Mauro Morelli, e do jornalista Luiz Lobo, entre outros, resultou em 21 de dezembro de 1986 na fundação da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA)¹⁰. Uma organização que nascia não de um movimento de base, estritamente voluntarista e comunitário, mas de um projeto elaborado, com identidade definida e totalmente profissionalizada. A Fundação Ford, escritório Brasil, sob a gestão do antropólogo Peter Fry e, posteriormente, de Joan Dassin, apostou no projeto, alocando, de imediato, recursos e servindo de ponto de referência para outras agências internacionais de financiamento nos Estados Unidos e Europa¹¹. O mesmo empenho da Fundação Ford ocorreu a partir de 1989, quando do seu apoio determinante para a continuidade do projeto do Grupo Pela VIDA/RJ, também liderado por Herbert Daniel (ver nota 11).

A ABIA se propunha a tematizar a aids no contexto maior das políticas públicas, na perspectiva da multidisciplinaridade, sustentando a idéia de que a exclusão e a vulnerabilidade sociais eram facilitadores e potencializadores da infecção pelo HIV e situando a prevenção e assistência numa visão estratégica da democracia. Esta foi a marca do discurso abiano - elaborado pelos dois Herberts, mas, sob a liderança maior de Herbert Daniel, posto que Herbert de Souza (Betinho) concentrou-se em outras questões nacionais já nos anos 80 cuja influência estendeu-se até mesmo ao Programa Global de Aids (GPA), da Organização Mundial da Saúde. A apresentação da ABIA, O Perfil da Aids no Brasil, na IV Conferência Internacional de Aids em Estocolmo (1988)¹² foi, neste sentido, considerada um divisor de águas¹³. Sob a liderança de Herbert Daniel, a ABIA passou também a influenciar o discurso de outras ONG, em certo sentido.

No início de 1989, após recuperar-se de uma tuberculose ganglionar e de uma pneumonia por p. Cariri, Herbert Daniel - como vice-presidente informal da ABIA - e um grupo de amigos, fundaram o Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids (Grupo Pela VIDDA). O Pela VIDDA insere em sua pauta a necessidade de as pessoas com HIV e aids terem uma participação ativa e determinante nas políticas públicas para aids, abandonando a tradicional posição passiva e vitimizada das pessoas com HIV e aids, predominante em alguns círculos. O Pela VIDDA foi a primeira experiência desse gênero na América Latina, ganhando grande visibilidade na V Conferência Internacional de Aids em Montreal (1989) e constituindo-se, junto com a ABIA, em um dos fomentadores da criação do Conselho Internacional de Organizações que trabalham com Aids (ICASO)¹⁴.

A ruptura que representou o Pela VIDDA provocou várias reações. Paradoxalmente, ela foi muito favorável por parte dos pesquisadores e médicos do Rio de Janeiro: agora, eles tinham aliados do outro lado das trincheiras¹⁵. O Pela VIDDA estava em sintonia com a tendência mundial: as pessoas com HIV e aids falam por si mesmas e não são mais faladas por terceiros¹⁶.

No plano político nacional, ao longo deste período, as tensões só aumentaram. Após o afastamento de Lair Guerra de Macedo Rodrigues (1985-1990), no governo de Fernando Collor de Melo (1990-1992), a CN-DST/AIDS isolou-se de seus interlocutores nos serviços de saúde e da sociedade civil.

Em fins de 1991, o conflito entre ONG e governo já estava estabelecido quando iniciou-se a discussão a respeito dos protocolos de produtos candidatos a vacinas anti-HIV e da possibilidade de que uma de suas fases de testagem fosse conduzida no Brasil, segundo proposta da Organização Mundial da Saúde, feita no primeiro semestre desse mesmo ano, ao governo e diretamente às ONG (reunião na sede do ISER no Rio de Janeiro). Mesmo suspensa após negociações preliminares, a discussão proporcionou a primeira grande aproximação entre as ONG - sobretudo os Grupos Pela VIDDA do Rio e São Paulo e ABIA - e pesquisadores e médicos interessados nos protocolos de vacinas. "Onguistas", pesquisadores e médicos estabelecem então uma agenda de trabalho com objetivos comuns¹⁷.

Por razões que não se prendem diretamente à aids, a direção da CN- DST/AIDS foi afastada e a política de saúde mudada mais uma vez, abrindo nova possibilidade de diálogo no plano federal. Lair Guerra de Macedo Rodrigues reassume a CN-DST/AIDS, constituindo quatro grupos de trabalhos, sob a responsabilidade de técnicos de expressão¹⁸, com uma tarefa estratégica imediata: elaborar a carta de intenção ao Banco Mundial, propondo um projeto de controle das DST e HIV/aids no País. Ao contar com o trabalho voluntário de parte das equipes dos Grupos Pela VIDDA/RJ e SP, ABIA e GAPA/SP¹⁹, entre outras ONG, a carta de intenções era uma clara demonstração de uma nova perspectiva propositiva por parte da cultura da aids no Brasil.

Os objetivos gerais do projeto apresentado ao Banco Mundial foram dois: (a) reduzir a incidência e a transmissão do HIV e DST e (b) fortalecer instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle do HIV e aids.

A carta de intenções foi aceita pelo Banco Mundial, no contexto de sua nova fronteira de trabalho: deter a infecção pelo HIV e aids nos países em desenvolvimento e aplicar os conceitos de capital humano e participação comunitária nos programas de governo²⁰. Em outubro de 1992, o Brasil é visitado por uma pré-missão do BIRD, composta por oito técnicos, visando viabilizar o ante-projeto aceito²¹. Por sugestão do BIRD, alguns membros onguistas dos grupos de trabalho foram incorporados para participar na configuração final do projeto, agora de forma profissionalizada, sendo estes responsáveis pelas diretrizes do projeto em muitos desdobramentos de seu segundo objetivo geral.

Em janeiro de 1993, chega ao Brasil a missão de avaliação do projeto. Era a senha de sua aprovação pelo Banco, que ocorreria finalmente a 8 de outubro. Encaminhado, a seguir, ao Senado da República, enfrentaria grande resistência do corpo técnico intermediário dos Ministérios da Saúde, da Fazenda, do Planejamento e das Relações Exteriores. Sem a determinação da Coordenadora Geral da CN-DST/AIDS, de seus aliados em instâncias superiores do governo, na sociedade civil organizada e do apoio direto da direção do BIRD, em Washington, DC, o projeto não chegaria à sua aprovação final pelo Senado, ocorrida em março de 1994, inclusive, com gastos retroativos ao ano de 1993.

O orçamento do projeto atingiu 250 milhões de dólares, dos quais 160 milhões em empréstimos do BIRD e 90 milhões em contrapartida do governo federal. Pagável em 15 anos, com carência de cinco anos e pagando os juros padrão do Banco, o empréstimo apresentava o seguinte cronograma de desembolso:

Ano Fiscal	1994	1995	1996	1997	1998
------------	------	------	------	------	------

Anual	17,7	35,5	35,5	35,6	35,7
Cumulativo	17,7	53,2	88,7	124,3	160,0

O projeto se propunha a atender a quatro componentes:

I - Prevenção:

programas de informação, educação e comunicação (IEC); aumento da capacidade de equipes para diagnosticar o HIV, aids e DST; capacitação do setor privado para realizar aconselhamento; criação de serviços de testes autônomos; e implementação de intervenções preventivas;

II - Serviços de Assistência:

estabelecimento de sistemas para identificação e tratamento de DST; integração da prevenção do HIV/aids e de serviços assistenciais com aconselhamento de longo prazo; promoção do acesso a serviços alternativos e de baixo custo que substituíssem a hospitalização;

III - Desenvolvimento Institucional:

treinamento de trabalhadores da área de saúde para a prestação de serviços de aconselhamento e tratamento via Sistema Único de Saúde; controle de qualidade da rede laboratorial; assistência técnica para os vários elementos do projeto; configuração de padrões básicos de referência na prestação de serviços em cada macrorregião definida;

IV - Vigilância, Pesquisa e Avaliação:

vigilância epidemiológica; avaliação de programas de IEC e de aconselhamento; testagem e controle de qualidade em laboratórios e serviços; estudos e análises da eficiência e custos das intervenções; análise do impacto econômico do HIV/aids.

A lógica proposta pelo projeto assumia que, sem intervenções conjuntas e imediatas, haveria um aumento da epidemia com conseqüências graves e adversas para o país. Estimava-se que o projeto salvaria cerca de 300.000 vidas em um período de 3 anos, totalizando uma economia nos custos diretos de tratamento de cerca de 600 milhões de dólares e de 1,2 bilhões de dólares em custos indiretos associados. O aproveitamento da experiência

adquirida, aliado a uma infra-estrutura adequada e aprimorada teriam impactos futuros imensuráveis na prevenção do HIV.

É no contexto maior do projeto com o Banco Mundial que situamos o Setor de Articulação com ONG, seu progresso e sua experiência na administração pública federal. Baseada, por sinal, no artigo 198 da Constituição da União de 1988, que estabelece uma organização dos serviços de saúde pautada pela descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, respectivamente, os incisos I, II e III. Determinações constitucionais respaldavam as ações da CN-DST/AIDS.

Note-se, por sua vez, que desde 1992, as ONG, sem abdicarem de suas prerrogativas, substituem a política do confronto por ação propositiva e co-responsável com o governo. Voluntariamente ou não, quando começam a participar das concorrências promovidas pela CN-DST/AIDS, as ONG desenham parte da nova agenda social do país: "o encontro e a sinergia entre a lógica governamental, marcada pela permanência e universalidade das políticas sociais, e a lógica da sociedade civil, marcada pela defesa de interesses específicos e a experimentação de formas mais ágeis e flexíveis de ação."²²

Tendo assim completado a descrição dos fundamentos desta relação estabelecida entre governo e ONG que trabalham com aids, podemos passar a uma visão sobre as principais características deste conjunto de entidades.

2. O Catálogo de Organizações Não-Governamentais

Desde 1994, a CN-DST/AIDS vem oferecendo ao público um catálogo de entidades não-governamentais contendo informações de caráter geral, endereços, tipos de serviços oferecidos e área geográfica de atuação. O objetivo desta seção é descrever e analisar alguns aspectos gerais deste conjunto de organizações não-governamentais brasileiras, dedicadas à prevenção e assistência a pessoas afetadas pelas DST, HIV e aids.

As informações aqui reveladas foram obtidas através das respostas a um questionário enviado pela CN-DST/AIDS e permitem algumas comparações entre as edições de 1994, 1995 e 1996. É imperioso advertir que não foram seguidos quaisquer procedimentos que indicassem o caráter de amostra para o conjunto de entidades que responderam ao questionário nestes anos. As edições foram compostas simplesmente pelas entidades que enviaram o questionário respondido nos prazos fixados, perfazendo um total, que, nestes três anos, correspondeu a menos de 30% das entidades classificadas como ONG que trabalham com aids constantes da mala postal da CN-DST/AIDS. Além disso, a cada nova edição, a taxa de substituição das entidades sempre foi de cerca de 40%.

Dessa forma, é mais uma vez importante ressaltar que as comparações intertemporais aqui feitas estão limitadas ao universo das ONG constantes nas edições do Catálogo e não ao conjunto das ONG que trabalham com aids no Brasil.

Completadas estas ressalvas, o primeiro aspecto a ser mencionado, neste perfil institucional, é a natureza das iniciativas que dão origem e motivação à existência das ONG que trabalham com aids, em acordo com a auto-definição informada. O quadro abaixo apresenta o resultado encontrado:

Natureza da Organização	1994	1995	1996
Defesa dos Direitos Humanos na Luta contra as DST/Aids	69 (50%)	63 (47%)	62 (43%)
Movimentos Sociais	4 (3%)	16 (12%)	23 (16%)
Mov. de Defesa dos Direitos da Mulher	14 (10%)	10 (7%)	15 (11%)
Movimentos Religiosos	26 (19%)	22 (16%)	15 (11%)
Defesa dos Direitos dos Homossexuais	9 (7%)	9 (7%)	9 (6%)
Mov. de Profissionais da Saúde	4 (3%)	9 (7%)	7 (5%)
Defesa dos Direitos da Criança e do Adolesc.	-	-	5 (4%)
Outros tipos	13 (8%)	6 (4%)	5 (4%)
Total	139	135	141

A identificação com a luta pelos direitos humanos, no contexto de luta contra as DST, HIV/

aids, continua sendo a marca registrada das entidades descritas no Catálogo, mantendo-se em níveis similares nos três anos²³. É curioso registrar que a mesma observação é válida para as organizações ligadas a movimentos sociais mais específicos. A única exceção relevante é a auto-identificação crescente com os movimentos sociais, que ocupa a segunda posição, e a perda de importância da auto-identificação como movimento religioso, em nível sensivelmente inferior ao registrado no ano passado.

Apesar dessa relativa estabilidade, o conjunto de entidades incluídas nas várias edições do Catálogo mostra um perfil diferenciado com respeito à exclusividade de atuação no campo das DST/aids. Em termos gerais, as instituições que trabalham em outros campos de atividade já somam 52% do total. Comparadas aos 43% registrados em 1995 e 40% em 1994, é certo que vemos instituições mais flexíveis e diversificadas, ampliando o campo de sua atuação.

Grandes oscilações podem ser notadas na idade das instituições aqui apresentadas, impedindo uma visão mais precisa acerca da consolidação das entidades. Comparando apenas os anos extremos, vemos aumentar a participação das entidades de criação mais recente. O quadro abaixo apresenta as informações relevantes²⁴:

Ano de criação	1994	1995	1996
Antes de 1981	-	13 (10%)	13 (9%)
Entre 1981 e 1985	22 (16%)	2 (1%)	10 (7%)
Entre 1986 e 1990	57 (40%)	41 (30%)	50 (36%)
Entre 1991 e 1996	61 (44%)	79 (59%)	68 (48%)
Total	140	135	141

O padrão geográfico de distribuição das ONG que trabalham com aids registrado em 1996, aprofunda o perfil concentrado já verificado em outros anos, com aumento inclusive na participação da Região Sudeste no total. Apenas o Estado de São Paulo concentrava, em 1996, 31% das entidades (32%, em 1995, e 34%, em 1994), seguido pelo Rio de Janeiro e Minas Gerais, com 16% e 12%, respectivamente (Rio de Janeiro com 15%, em 1994, e 13%, em 1995²⁵). O quadro abaixo oferece maior detalhamento:

Distribuição das ONG por Região	1994	1995	1996
Norte	7 (5%)	8 (6%)	2 (1%)
Nordeste	26 (19%)	28 (21%)	31 (22%)
Sudeste	79 (56%)	75 (56%)	84 (60%)
Sul	14 (10%)	14 (10%)	15 (11%)
Centro-Oeste	14 (10%)	9 (7%)	9 (6%)

A formação profissional dos dirigentes das ONG e dos responsáveis pela condução dos projetos relacionados às DST/aids reflete, como no anos anteriores, esta disposição geral, apresentando perfil bem diversificado, com forte presença de pessoas com formação de nível superior, mas não relacionadas às áreas médicas. O quadro abaixo expõe as informações pertinentes:

ATIVIDADE	POPULAÇÃO ALVO	RECURSOS	INSTITUIÇÃO	PARCERIAS E CONCESSÕES	ORGÃOS COOPERADOS
Desenvolvimento de ações	Grupos	Ministério da Saúde MEC / MIMMIR	Serviço para o Povo ONG MEC	Parcerias	ONG MEC / MIMMIR
	Adolescentes	Secretarias de Estado e Municipais de Saúde e Educação ONG MIMMIR	Secretarias de Estado e Municipais de Saúde e Educação MEC/AV Pessoa	Secretarias de Estado e Municipais de Saúde e Educação ABERT	Secretarias de Estado e Municipais de Saúde e Educação Pessoa Nova Escola
Execução das ações	Grupos	Secretarias de Estado e Municipais de Saúde e Ação Social ONG MIMMIR	Secretarias de Estado e Municipais de Saúde e Educação	ABERT Municípios de Comunidades e do Trabalho SEI SEI SENAC SENAC SENAC	Secretarias de Estado e Municipais de Saúde e Educação Universidades ONG
	Adolescentes	Secretarias de Estado e Municipais de Saúde e Ação Social ONG MIMMIR	Secretarias de Estado e Municipais de Saúde e Ação Social	Secretarias de Estado e Municipais de Saúde e Ação Social Municípios (Replicadores) SEI SEI SENAC SENAC SENAC	Secretarias de Estado e Municipais de Saúde e Educação MIMMIR
	Adultos jovens	Universidades ONG	-	Entidades estudantis SEI/SEI SENAC/SENAC SEI/SEI/SENAC	Órgãos de assistência estudantil entidades estudantis ONG

Formação/Profissão Resp.Técnicos	1994	1995	1996
Medicina/Enfermagem	33 (26%)	21 (18%)	26 (18%)
Psicologia	21 (15%)	21 (16%)	21 (15%)
Direito	3 (2%)	6 (4%)	16 (11%)
Religiosos	8 (4%)	11 (8%)	-
Funcionário Público	-	-	2 (1%)
Outras Profissões de Nível Superior	24 (17%)	38 (29%)	49 (35%)
Outras Profissões em Geral	53 (46%)	37 (38%)	28 (20%)
Total	140	135	141

Como em outras edições deste catálogo, profissões da área médica não chegam a representar um quinto dos dirigentes das ONG ou do conjunto de gerentes de projetos. Por

sua vez, a categoria *outras profissões de nível superior*, que inclui todas as formações da área de ciências sociais, militares, engenharias, etc, ampliou consideravelmente sua participação em ambas as funções. Parece-nos inescapável o papel estratégico que a escolaridade apresenta neste tipo de organização social.

No que diz respeito ao conjunto de atividades realizadas pelas ONG, o percentual de entidades que se dedicam exclusivamente à prevenção oscilou ao longo do período, passando de 32%, em 1994, a 19% em 1995 e retornando a 28% em 1996. Em termos globais, a distribuição por tipo de projeto pode ser conferida abaixo, para os anos de 1995 e 1996.

Atividades desenvolvidas pelas ONG	1995	1996
Informação, Educação Comunicação	116 (86%)	75 (53%)
Assistência a Pessoas com HIV/Aids	110 (81%)	101 (72%)
Intervenção Comportamental	91 (67%)	126 (89%)
Desenvolvimento Institucional	49 (36%)	41 (29%)

Permanecendo ainda no âmbito das atividades realizadas pelas ONG, as respostas ao questionário de 1996 permitem um exame dos tipos de assistência prestada às pessoas com HIV/aids. O quadro a seguir contém as informações pertinentes:

Tipos de Atendimento	1994	1995	1996
Aconselhamento	-	-	86 (61%)
Encaminhamento	46 (50%)	92 (84%)	85 (60%)
Assistência Social	67 (73%)	79 (72%)	73 (52%)
Assistência Jurídica	36 (39%)	55 (50%)	47 (33%)
Assistência Médica ou Odontológica	29 (31%)	25 (23%)	29 (21%)
Assistência Psicológica ou Espiritual	64 (69%)	79 (72%)	80 (57%)
Assistência Familiar	34 (37%)	39 (29%)	71 (50%)

A diminuição em quase todos os percentuais, ao longo do período, indica um certo movimento de especialização das ONG na provisão de determinados tipos de atendimento. Na mesma direção segue a área geográfica de atuação das ONG. O número de entidades com atuação nacional (14%) ou regional (22%) é idêntico aos registrados em 1995, mas a atuação exclusivamente no nível municipal engloba, em 1996, 38% das entidades (em 1995,

representavam 28%, em 1994, apenas 21%), contra 26% com atuação ao nível estadual (em 1995, 36%, em 1994, 30%)²⁶.

A distribuição das populações-alvo das atividades realizadas pelas ONG pode ser conferida no quadro abaixo, tendo em mente que a pergunta no questionário permitia múltiplas respostas:

População-Alvo	1995	1996
Pessoas com HIV e Aids	101 (75%)	97 (69%)
População em Geral	86 (64%)	94 (67%)
Crianças e Adolescentes	84 (62%)	81 (57%)
Mulheres	60 (44%)	68 (48%)
Homossexuais	53 (39%)	50 (35%)
Trabalhadores do Sexo	58 (43%)	40 (28%)
Usuários de Drogas	37 (27%)	35 (25%)
Profissionais de Saúde	-	29 (21%)
Outros (hemofílicos, presidiários, etc)	-	28 (20%)

Com a exceção dos projetos voltados para trabalhadores do sexo, uma certa estabilidade pode ser registrada nos valores da tabela. Apesar da especialização em tipos de serviços mencionada acima, de ano a ano, as ONG continuam a manter um amplo leque de públicos-alvo.

O aspecto final do perfil institucional oferecido pelos questionários refere-se ao nível de recursos humanos e financeiros de que dispõem as entidades. Os quadros seguintes permitem uma avaliação da distribuição de pessoal pelas ONG²⁷:

Distribuição de pessoal	1995	1996
Até nove pessoas	43 (32%)	50 (35%)
De 10 a 50 pessoas	81 (60%)	76 (54%)
Mais de 50 pessoas	6 (4%)	7 (5%)
Não responderam	5 (4%)	8 (6%)
Total	135	141

Distribuição de técnicos de projetos	1995	1996
Até nove pessoas	110 (81%)	120 (85%)
De 10 a 50 pessoas	11 (8%)	11 (8%)
Mais de 50 pessoas	1 (1%)	2 (1%)
Não responderam	13 (10%)	8 (6%)
Total	135	141

Funcionários de ONG	1994	1995	1996
Número médio de funcionários	21	20	20
Número médio de voluntários	13	17	13
Número médio de técnicos de projetos	4	5,7	6
Número total de funcionários de ONG	2.635	2.630	2.820

No que toca às informações orçamentárias, o número de ONG que forneceram informações utilizáveis caiu em comparação a 1995. Ao todo, 65 entidades (46%) deixaram de reportar dados orçamentários. O quadro a seguir apresenta as informações reportadas²⁸:

Orçamento das ONG	1994	1995	1996
Até 10.000 dólares	49 (35%)	12 (8%)	14 (10%)
De 10.000 a 100.000 dólares	18 (13%)	48 (36%)	38 (27%)
Mais de 100.000 dólares	-	27 (20%)	24 (17%)
Não responderam	73 (52%)	48 (36%)	65 (46%)
Total	140	135	141

Nos três anos, a média dos orçamentos girou em torno dos cem mil dólares, mas este valor,

como pode se inferir do quadro acima, sofre grande variação de entidade a entidade.

Os questionários enviados para a realização das edições de 1995 e 1996 continham, além de perguntas voltadas para aspectos gerenciais mais básicos, analisados acima, dois blocos de questões temáticas. O primeiro buscava identificar a capacidade das ONG como gestoras de informação. O segundo, aplicado em 1995, pretendia examinar a relação estabelecida com a Coordenação Nacional de DST e Aids.

Informação: acesso, utilização e difusão

Um bloco específico de questões pretendia determinar aspectos da infra-estrutura para obtenção e tratamento de informações. O quadro abaixo revela, em primeiro lugar, a disponibilidade de equipamentos pelas ONG:

Equipamentos	1995	1996
possui telefone	109 (81%)	122 (87%)
possui televisão	-	103 (73%)
possui video-cassete	-	99 (70%)
possui fax	65 (48%)	91 (65%)
possui micro-computador	64 (47%)	90 (64%)
possui retroprojektor	-	52 (37%)
possui máquina de xerox	32 (24%)	48 (34%)

Outro aspecto examinado foi a disponibilidade de acervo de publicações próprio. No conjunto das 141 ONG que responderam ao questionário em 1996, 59% das entidades dispunha de acervo próprio, contra apenas 37%, em 1995. Ainda assim, somente 23% consideravam satisfatória a qualidade deste acervo (Em 1995, avaliação foi mais positiva: 30%).

No que se refere às principais fontes de informação utilizadas pelas entidades na elaboração de projetos e na condução de seus trabalhos, o quadro abaixo revela a distribuição fornecida pelos questionários²⁹:

Bibliografia	1995	1996
usa publicações de outras ONG	112 (83%)	124 (88%)
usa publicações da Coordenação Nacional de DST e Aids	-	106 (75%)
usa livros	112 (83%)	104 (74%)
usa jornais	87 (64%)	94 (67%)
usa materiais áudio-visuais	82 (61%)	76 (54%)
usa publicações acadêmicas	77 (57%)	45 (32%)
usa outros materiais (internet, revistas especializ., etc)	36 (27%)	27 (19%)

Em 1995, foi ainda perguntado se as entidades tinham conhecimento de centros de referência e documentação. Ao todo, 93 entidades (69%) responderam que conheciam tais centros, mas apenas 67 delas (50%) afirmaram manter algum contato e cerca de 29% delas alguma vez enviou informações a um centro deste tipo.

Em 1996, foi indagado às entidades se, em alguma ocasião, tinham tido acesso às publicações da Coordenação Nacional de DST e Aids. Em seu conjunto, 124 (88%) entidades afirmaram ter acesso aos materiais produzidos pela CN-DST/AIDS. Com respeito à sua avaliação, houve aprovação generalizada, com 90% das ONG julgando o material bom ou ótimo.

Relacionamento com a Coordenação Nacional de DST e Aids

De forma geral, 118 entidades presentes na edição de 1995 (87% do total) mantinham algum contato com a CN-DST/AIDS. A forma mais generalizada era a apresentação de projetos, reportada por 101 organizações (86%)³⁰, mas foram ainda mencionadas consultas de ordem geral (64%) e consultas administrativas (50%). A forma menos mencionada foi a obtenção de informações médicas ou legais (33%)³¹. Foi também pedida uma avaliação da qualidade do atendimento oferecido pelo programa: 70% das entidades consideraram boa ou muito boa.

Apesar disso, o perfil dos problemas no relacionamento entre ONG e a CN-DST/AIDS é bem preciso. Para o conjunto de 64 entidades presentes no Catálogo e que desenvolviam projetos em 1995, as principais dificuldades eram³²:

Tipos de Dificuldades	1995
Preenchimento de formulários/burocracia	17 (27%)
Controles financeiros excessivos/atrasos na execução dos desembolsos	12 (19%)
Dificuldades na execução dos projetos	11 (17%)
Dificuldades de comunicação com a CN DST/AIDS	10 (16%)
Dificuldades na elaboração dos projetos	3 (5%)
Não reportaram dificuldades	11 (17%)
Total	64

3. A Avaliação de Projetos de 1996

Além do esforço em divulgar os serviços prestados pelas ONG através da edição dos Catálogos, a Coordenação Nacional de DST e Aids encetou, no primeiro semestre de 1996, um processo de avaliação das atividades conduzidas pelas organizações no curso dos projetos financiados. Esta avaliação foi conduzida a partir dos relatórios de acompanhamento mensal (1994) ou quadrimestral (a partir de 1995) produzidos pelas entidades, assim como de relatórios ad-hoc elaborados por iniciativa das próprias entidades. São estas informações que constituem a matéria-prima desta seção.

Foram incluídos nesta avaliação 163 projetos de controle das DST e HIV/aids, desenvolvidos por ONG a partir de 1994, tal como previsto no já mencionado projeto Banco Mundial/Ministério da Saúde. Os projetos analisados estão listados no anexo desse trabalho.

Para o conjunto relacionado, a documentação enviada para avaliação continha os orçamentos de 158 projetos, totalizando US\$ 7.465.939,63. O dispêndio médio representou pouco mais de 47 mil dólares por projeto, sem diferenças pronunciadas entre as regiões do país (ver comentários na nota 9).

Do ponto de vista das atividades desenvolvidas, os projetos analisados seguiam as diretrizes das concorrências realizadas pela CN-DST/AIDS e direcionavam-se fundamentalmente para atividades de intervenção comportamental e para o atendimento às pessoas com HIV e aids. Os quadros II e III indicam que estes dois campos de ação representam 71% do total de projetos e recebendo 73% dos recursos repassados.

Quadros I e II

Tipos de Projeto	Nº	%
Intervenção Comportamental	71	44%
Atendimento a Pessoas com HIV/Aids	44	27%
Informação, Educação e Comunicação	38	23%
Desenvolvimento Institucional	10	6%
Total	163	-

Tipos de Projeto	US\$	%
Intervenção Comportamental	3.296.994,30	44%
Atendimento a Pessoas com HIV/Aids	2.178.263,20	29%
Informação, Educação e Comunicação	1.572.645,58	21%
Desenvolvimento Institucional	418.036,55	6%
Total	7.465.939,63	

No que se refere ao público alvo dos projetos, pode-se verificar grande diversificação, que acompanha a ênfase em atividades de prevenção. Ainda assim, pessoas com HIV/aids, seja através de casas de apoio, seja através de ações de intervenção e de desenvolvimento institucional, são objeto de 30% dos projetos. A distribuição completa pode ser analisada no quadro III:

Quadro III

População-Alvo	Nº	%
Pessoas com HIV/Aids	48	30%
Adolescentes	33	20%
Trabalhadores do Sexo	22	13%
Mulheres	14	9%
Público em Geral	10	6%
Trabalhadores em geral	7	4%
Homossexuais	4	7%
Outros tipos	40	25%
Total	163	-

As informações referentes aos projetos ainda podem ser comparadas com a distribuição geográfica de alguns indicadores sobre a epidemia, relativos ao período 1980-1997 (ver comentários na nota 6). Abaixo compara-se, por exemplo, a distribuição dos casos de aids e a prevalência com o número de projetos por região do país.

Quadro IV

Área de Atuação	Nº	%	Número de casos de aids	Distrib. dos casos de aids e incidência (taxa por 100 mil habit.).
Municípios da Região Norte	3	2%	1.762	207
Municípios da Região Nordeste	25	15%	8.418	209
Municípios da Centro-Oeste	11	7%	4.963	52,4
Municípios da Região Sudeste	109	67%	76.488	125,2
Municípios da Região Sul	15	9%	11.661	55,4
Total	163	100%	103.262	74,0

A ênfase dada à região Sudeste está amplamente justificada tanto no que se refere ao número de casos de aids, como no que toca à taxa de incidência. A posição relativa da região Nordeste, em ambos os quesitos, poderia ser justificada pelo esforço de prevenção, em uma região de grande população, associada à uma tradição de organizações comunitárias. Assim, na tabela acima podemos ver como a incidência de casos de aids nas regiões Centro-Oeste e Sul encontra-se em níveis superiores aos do Nordeste (seguramente por conta de sua maior urbanização), sendo estas regiões contempladas com número sensivelmente inferior de projetos.

Situação dos Projetos

No ano de 1996, além do monitoramento corrente dos projetos em curso, a CN-DST/AIDS decidiu conduzir um processo de avaliação mais amplo, tanto dos projetos já encerrados, como de outros em andamento. Além do balanço geral de resultados, parcialmente divulgado na X Conferência Mundial de aids, em Vancouver, Canadá, este trabalho ofereceu a oportunidade de um exame mais preciso dos problemas vividos pelas entidades na condução de seus projetos.

De forma geral, o próprio reporte de resultados foi muito diferenciado. Mudanças nos relatórios de progresso e sua complexidade exigiam grande esforço por parte das entidades, traduzido em atrasos nos prazos de entrega e falhas na comunicação dos resultados obtidos. Seja como for, a situação, para o conjunto do material enviado a CN-DST/AIDS, na data de 22 de maio de 1996, apresentava a seguinte configuração geral:

Status do Reporte de Resultados	Nº	%
Projetos com texto e relatórios de progresso	111	68%
Projetos com texto, mas sem relatório de progresso	30	18%
Projetos sem texto e sem relatório de progresso	22	14%
Total	163	100%

Como a grande maioria dos projetos documentados, mas sem relatórios de progresso, estava em seus primeiros meses de execução e, dentre aqueles sem documentação, boa parte acabava de ser julgada, temos efetivamente números que se referem a **uma base real de 111 projetos**, cujos texto e relatórios de progresso encontravam-se disponíveis.

Os resultados globais oferecidos pela consolidação dos relatórios de progresso quadrimestral indicam ³³:

- 2.285 multiplicadores formados;
- 1.861 palestras realizadas;
- 238 cursos oferecidos para comunidades ou para empresas;
- 702.595 exemplares de materiais educativos e informativos impressos;
- 840.435 preservativos distribuídos;
- 9 disque-aids inaugurados;
- 8.243 chamadas recebidas pelos disque-aids;
- 607 eventos organizados;
- 209.580 pessoas atingidas por algum tipo de orientação;
- 87 campanhas educacionais realizadas;
- 7.303 cestas básicas distribuídas;
- 9.653 medicamentos distribuídos;
- 10.842 peças de roupas distribuídas;
- 1.013 caronas fornecidas (transporte para e de locais de tratamento);
- 14 casas de apoio (leitos e assistência médica) mantidas;
- 6.297 visitas domiciliares;
- 8.904 sessões de aconselhamento;
- 2.159 sessões de atendimento psicológico;
- 913 atendimentos jurídicos;
- 93 grupos de auto-ajuda formados e mantidos;
- 147 atividades recreativas desenvolvidas;
- 7.961 sessões de aconselhamento sobre tratamento;
- 21 vídeos produzidos.

Como dissemos, além da contabilização dos serviços oferecidos pelas entidades, foi desenvolvida uma metodologia específica para a obtenção de um panorama geral do nível de execução de projetos e dos problemas gerenciais verificados. Esta metodologia buscava indentificar a posição de cada projeto segundo três indicadores básicos: situação quanto ao cumprimento das metas fixadas, situação quanto ao cronograma proposto no plano operativo anual e ressalvas indicadas pelos relatórios de progresso.

No caso das metas, foi definido para cada tipo de projeto um núcleo fundamental de metas, segundo os objetivos expostos no texto do projeto. Foi considerado, por exemplo, como núcleo fundamental das metas de uma casa de apoio, o número de leitos oferecidos; para um projeto de intervenção comportamental, o número de multiplicadores formados, o número de preservativos distribuídos (quando fixado) e o número de pessoas atingidas; e assim por

diante. Esta variável foi dividida em duas categorias: cumprimento integral (cumprimento das metas fundamentais, segundo o cronograma previsto) e cumprimento parcial.

Quanto a este ponto, dos 111 projetos, 50 apresentam cumprimento integral das metas e 61 apresentam cumprimento parcial.

Com respeito ao cronograma, foram criadas, igualmente, duas categorias: dentro do cronograma (quando o cumprimento parcial das metas pode ainda ser transformado em cumprimento integral, com um aumento viável do ritmo das atividades) e fora do cronograma (quando o cumprimento parcial das metas dificilmente será evitado ao fim do projeto).

Neste aspecto, dos 61 projetos que apresentam cumprimento parcial das metas, 35 encontravam-se em condições de cumprir as metas fixadas, 19 dificilmente teriam condições de cumprir suas metas, estando fora do cronograma previsto, e, em 7 casos, as informações disponíveis não permitiam um julgamento da situação corrente.

Em seu conjunto, portanto, menos de 20% dos projetos em curso enfrentavam dificuldades sérias em cumprir suas tarefas. E tais dificuldades, foi possível averiguar, não estavam relacionadas à deficiências gerenciais ou administrativas estritas.

Sob a classificação de ressalvas, foram arroladas indicações específicas sobre a situação de cada projeto ou sobre os motivos verificados para deficiências no cumprimento das metas ou do cronograma.

No conjunto de 111 projetos, as ressalvas com maior participação relativa, registradas em 18 entidades (16%), foram casos de informação deficiente. Esta situação tinha sua origem básica em ruídos no processo de comunicação dos resultados entre as ONG e a Coordenação Nacional de DST e Aids, levando ao preenchimento incorreto dos relatórios de progresso. Como já mencionamos, o primeiro formato do relatório de progresso exigia informações complexas, que exigia relativo esforço organizacional para sua produção (total de homens/hora; total de homens/hora gastos em atividades-meio, etc). Não é grande a disponibilidade em termos de recursos humanos por parte das ONG e a geração de indicadores de desempenho parece ter sido uma tarefa excessiva para este grupo de entidades.

A partir de 1995, o modelo de relatório de progresso foi simplificado, tornando-se mais objetivo, menos narrativo e mais por produto. A alteração deu-se justamente em consequência dos questionamentos das ONG, identificados na tabulação dos questionários que originaram a primeira edição do Catálogo de ONG da CN-DST/AIDS. As ONG retroalimentaram a CN-DST/AIDS.

Em seguida, como causa de problemas na execução das metas, reportada por 12 entidades (11%) vem a demanda insuficiente pelos serviços oferecidos pela ONG. Na maioria dos casos, a demanda insuficiente está relacionada à pouca divulgação da disponibilidade dos serviços ou pouca sensibilidade, por parte dos executores do serviços, aos problemas

específicos da população-alvo (tempo disponível, necessidade de maior confiança prévia, metodologias incorretas, etc). Os casos de não cumprimento total de metas foram verificados apenas em 8 entidades (7%).

Dificuldades administrativas foram arroladas por 6 entidades (5%), envolvendo principalmente a execução de licitações, como já observado, compra de equipamentos e serviços (descompasso entre o cronograma financeiro da compra e o desembolso das parcelas do financiamento) e gerência do trabalho voluntário (excessiva rotatividade do pessoal voluntário, falta de adaptação às tarefas exigidas, etc).

Em 3 casos (3%) não houve fixação de metas quantitativas no texto do projeto, impossibilitando checagem realista de desempenho e também em 3 casos os problemas estiveram relacionados à liberação de recursos da CN-DST/AIDS. Em apenas 2 (2%) casos foram registradas dificuldades em se atingir a população alvo indicada no projeto.

A relação entre os tipos de problemas enfrentados pelas entidades e a natureza dos projetos desenvolvidos é ainda mais importante para a compreensão de seu funcionamento.

Há um grupo de projetos em cuja execução quase não são registrados problemas operacionais. Os projetos concentrados na prestação de assistência jurídica, assistência social, na aquisição de infra-estrutura para as ONG que trabalham com aids e na manutenção de casas de apoio (leitos e assistência médica básica) tem uma taxa de sucesso de quase 100%, não reportando virtualmente nenhum dos problemas acima descritos. São indicadores imensuráveis, sem qualquer dúvida.

A produção de materiais informativos e/ou educativos (boletins, vídeos, programas de rádio) e a provisão de assistência familiar, por sua vez, já reportam dificuldades em até 25% dos projetos. No primeiro caso, relacionadas com a realização de licitações e com atrasos na liberação dos recursos governamentais. No segundo caso, com a falta de demanda nos níveis projetados, sobretudo quando incorporam componentes de assistência psicológica ou espiritual (nem sempre é fácil convencer as famílias a participar das atividades).

A formação de multiplicadores, a intervenção comportamental direta (*outreach*) ou a intervenção comportamental através de palestras ou oficinas já reportam dificuldades (também mais variadas) em quase 50% dos casos. A formação de multiplicadores esbarra por vezes na formação de grupos instáveis ao longo do processo de treinamento, levando ao não cumprimento das metas fixadas ou à constatação de sua superestimação. É rara, porém, a dificuldade em estabelecer contato com a população-alvo.

A intervenção comportamental direta registra problemas sobretudo no reporte de informações, o que pode ser creditado à sobrecarga da equipe, responsável pela atividade-fim e por sua documentação precisa. Quando a intervenção comportamental é conduzida através de palestras e oficinas, retornam os problemas relacionados à falta de demanda pelo serviço (recrutamento da assistência) ou à superestimação das metas.

Problemas mais sérios são reportados em projetos que incluem assistência psicológica ou treinamento de instrutores ou pessoas que lidam com indivíduos afetados pela infecção. No caso da assistência psicológica, 43% dos projetos reportava não cumprimento de metas em função de baixa demanda pelos serviços. No caso do treinamento para a formação de multiplicadores, há um amplo conjunto de menções: dificuldades de recrutamento, deficiências na apresentação de informações (que geralmente envolve não cumprimento das metas) e reconhecimento de superestimação das metas.

Em resumo, a avaliação revela um quadro bastante verossímil das atividades. Os projetos que prestam serviços de alta qualificação ou de primeira necessidade (assistência jurídica, por exemplo) ou que transcorrem no âmbito direto de atuação do pessoal da ONG funcionam com grande eficiência. Como neste grupo estão incluídos os projetos de desenvolvimento institucional e de provisão de leitos em casas de apoio, é evidente a maturidade administrativa das ONG. A produção de material informativo, que também sustenta-se no trabalho interno da entidade, enfrenta apenas dificuldades burocráticas externas. Ainda que a CN-DST/AIDS tenha, recentemente, tomado iniciativas simplificadoras no que diz respeito ao relacionamento com as ONG, a área de licitações continua sendo fonte de dificuldades, que poderiam ser minoradas, provavelmente, com treinamento específico ou material instrucional elaborado pela CN-DST/AIDS³⁴.

Com respeito à assistência familiar ou às formas mais diretas de intervenção comportamental, surgem problemas relevantes no contato com a população-alvo, das quais decorrem as dificuldades mencionadas. Estes problemas, contudo, ao serem analisados individualmente, distribuem-se em dois grupos. Certamente existem, por vezes, ruídos no processo de abordagem (convencer as famílias a participar do processo de assistência ao doente, convencer empresários da noite a aceitar a presença de "onguistas" responsáveis pela divulgação de práticas de sexo seguro) que são naturais, dadas as condições em que é realizado o trabalho. Mas, por seu turno, uma fonte importante de dificuldades são as deficiências da estrutura de educação e assistência à saúde (estadual e municipal), que prejudicam o estabelecimento de parcerias e se traduzem em pouco interesse em divulgar os serviços oferecidos pelas ONG, na recusa de profissionais de saúde em colaborar ou a demora na autorização para que instalações escolares sejam utilizadas para atividades de prevenção.

É óbvio que a natureza das questões abordadas pelos programas de prevenção (educação sexual, uso de preservativos, etc) subjazem às resistências silenciosas mencionadas, mas um esforço de divulgação, por parte do Governo ou do Ministério da Saúde, dos projetos desenvolvidos pelas ONG poderia dar um selo de legitimidade ao trabalho desenvolvido. Não são bem compreendidas nem a natureza das atividades das ONG, nem a relação estabelecida com o Ministério da Saúde e com a Coordenação Nacional de DST e Aids. Talvez se a chancela oficial às suas atividades fosse tornada mais evidente por ações do próprio programa, estas incertezas fossem minoradas.

Por último, algumas palavras sobre os projetos que experimentam mais dificuldades em sua condução, assistência psicológica e o treinamento de formadores de multiplicadores. O enfrentamento do impacto pessoal da infecção pelo HIV, desde os primeiros projetos, tem sido um difícil passo e esta realidade está claramente traduzida nas dificuldades em manter a continuidade das principais formas de assistência psicológica. O treinamento de pessoas para a posterior formação de multiplicadores ou para o atendimento a pessoas afetadas pelo HIV depende de fatores que também estão além do controle das entidades, como a qualidade e estabilidade do trabalho voluntário. Alguma consultoria específica poderia ser oferecida às ONG neste campo, sobretudo para o estabelecimento de critérios de seleção de voluntários (ver comentários nas notas 8 e 19). Por sinal, neste mesmo tema, a questão da baixa remuneração dos agentes de saúde também foi mencionada por algumas ONG.

No que toca ao relacionamento com as populações-alvo, o maior número de referências provém de projetos envolvendo usuários de drogas injetáveis. Dificuldades em atingi-los de forma efetiva, em romper a desconfiança quanto à natureza das atividades da ONG e o envolvimento com redes de criminalidade compõem um quadro de desafios importantes enfrentados pelas ONG.

4. ONG que Trabalham com Aids e o Estado no Brasil: Perspectivas

Os fatos e experiências documentados nas seções precedentes trazem elementos importantes para o debate contemporâneo sobre a potencialidade das ONG na condução das políticas sociais e sobre a natureza e os limites de seu relacionamento com o Estado.

Esta experiência mostrou que é possível superar uma relação puramente adversarial e construir uma base de cooperação e diálogo a partir do reconhecimento dos seus papéis específicos. Com este passo, o momento de militância e resistência, de afirmação junto à sociedade, continua vivo, mas pode apresentar frutos concretos para comunidades e indivíduos, a partir de seu reconhecimento pela instância política do governo. A função de crítica das políticas de governo continua imprescindível como em seus primeiros dias, mas esta crítica também pode ter seu lado prático, mostrando que, na escala possível, é possível realizar.

Potencializou-se, assim, as ONG que trabalham com aids como provedoras de prevenção e assistência que transparecem, nos catálogos e nos relatórios de avaliação, como experiência exitosa na execução de políticas sociais e como exemplo de envolvimento comunitário. Neste processo, vão se manifestando vários traços positivos de sua ação: o caráter plural das entidades, a descentralização, a multiplicação e replicação de iniciativas, etc.

Desse modo, as incertezas de hoje quanto ao futuro e a natureza deste relacionamento são provocadas pelo sucesso e não pelo impasse³⁵. Não é possível fechar os caminhos já abertos pela experiência administrativa de tantos anos. Ao mostrar capacidade na gestão de projetos, no registro de resultados, no tratamento personalizado, as entidades oferecem um desafio positivo ao Estado brasileiro, que sempre preferiu a doação, a ineficiência e a obsolescência para as áreas sociais. A CN-DST/AIDS, a partir da sistematização de suas relações com as ONG em 1994, gerou uma demanda de trabalho adicional sobre as mesmas, direcionando em seus editais e pelos critérios de seleção e acompanhamentos dos projetos aprovados, um perfil mais profissionalizado para os seus parceiros na sociedade civil.

As diretrizes gerais fixadas pela CN-DST/AIDS e respaldadas pelo Comitê de Seleção para a seleção de projetos de ONG foram sempre a ênfase na qualidade técnica e na relevância social dos projetos; transparência dos procedimentos e decisões adotados pela CN-DST/AIDS e pelas ONG; garantia da alocação dos recursos da CN-DST/AIDS em atividades efetivamente destinadas à reversão do quadro atual da epidemia pelo HIV/aids, consoante com os objetivos gerais da própria CN-DST/AIDS; e aprovação restrita a projetos passíveis de monitoramento e avaliação mínimos. Além, é claro de seu impacto social, da estrutura da ONG e de sua factibilidade.

No momento em que se discute a potencialização do modelo das ONG que trabalham com aids para a política social em geral, não se pode recuar em qualquer direção. Por parte do

governo, há que manter a compreensão do papel crítico das ONG e que o financiamento a este tipo de trabalho não pode substituir o investimento básico na área social. Por parte das ONG, há que ter em mente que a fonte de sua legitimidade são os cidadãos e sua sobrevivência depende de sua força na sociedade, tanto para a obtenção direta de recursos quanto para a garantia de fundos estatais. Em qualquer hipótese, porém, sua eficiência e seus resultados são elementos fundamentais.

Outra lição importante trazida pela experiência gerencial das ONG que trabalham com aids diz respeito aos obstáculos enfrentados no curso da execução dos projetos. Eles apontam para a necessidade de reformulações importantes no tipo de apoio que podem receber do Estado. Como vimos, as informações das edições do Catálogo e da avaliação de 1996 indicam três grupos de problemas:

- (a)** problemas burocráticos advindos das práticas de controle financeiro e de licitações;
- (b)** treinamento e seleção do trabalho voluntário;
- (c)** maior divulgação e legitimação das atividades das ONG.

As direções da reforma, assim, são claras. Primeiro, revisão do quadro legal que preside as relações ONG - Estados, para que sejam eliminados custos administrativos e sejam aperfeiçoada e sofisticada as técnicas de controle e auditoria.

Segundo, aumento dos níveis de assistência técnica prestada pelo Estado às entidades e garantia de apoio e estímulo ao trabalho voluntário.

Por fim, programas de divulgação das experiências em curso e reconhecimento do patrocínio oficial das iniciativas.

Nesse sentido, estas limitações institucionais fizeram com que a CN- DST/AIDS encontrasse um aliado maior e estratégico na formulação das políticas públicas para as ONG: o Conselho da Comunidade Solidária como parte integrante do Programa da Comunidade Solidária³⁶ da Presidência da República.

Em dezembro de 1996, em Brasília, foi celebrada uma Cooperação Técnica Não-Reembolsável entre o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e a Fundação Banco do Brasil (FBB) - para execução no triênio 1997-99 -, viabilizando o Conselho da Comunidade Solidária em seu programa Fortalecimento da Sociedade Civil. Esse programa possui 4 subcomponentes:

(i) Revisão da Estrutura Jurídica e Normativa do Terceiro Setor³⁷: entre as questões a serem enfrentadas estão:

(a) regulamentações necessárias para constituir legalmente organizações de finalidade pública;

(b) imunidade e isenções fiscais para organizações filantrópicas;

(c) requisitos de contribuições do empregador sem fins lucrativos à previdência social;

(d) canais de acesso ao apoio público, inclusive requisitos de habilitação, e mecanismos jurídicos (acordos e contratos);

(e) incentivos fiscais, critérios para declaração de utilidade pública, mecanismos de supervisão e sanções a fundações e entidades filantrópicas³⁸;

(ii) Rede de Informações do Terceiro Setor (RITS): consiste no desenvolvimento de uma rede nacional que divulgará informações pertinentes e facilitará a interação entre organizações dos setores público e privado e da sociedade civil. Um dos elementos mais importantes da RITS é a criação na Internet da página Revista Eletrônica do Terceiro Setor (RETS), que não só dará acesso a um banco de dados consolidado sobre as organizações da sociedade civil, mas também abordará assuntos específicos de interesse dos usuários da Rede, como a angariação de fundos, assessoria jurídica, troca de voluntários, oportunidades de treinamento, temas especiais de pesquisa e possibilidade de financiamento (onde estão os recursos disponíveis, para que tipo de projeto etc.);

(iii) Promoção do Trabalho Voluntário³⁹: pretende-se a criação de Centros Regionais de Serviço Voluntário em aproximadamente 10 áreas metropolitanas localizadas em todo o País. Estes centros funcionarão como câmaras de compensação para voluntários e organizações e darão cursos breves de treinamento sobre modalidades de gerência de serviços voluntários que tornem o trabalho gratificante para o rio. Além disso, ocorrerão diversos seminários de treinamento sobre angariação de fundos e administração de voluntários, bem como sobre o desenvolvimento de estratégias promocionais a serem usadas para estimular grupos especiais - jovens, empresas e idosos - a se inscreverem como voluntários. Em particular, procurar-se-á incentivos como a concessão de tempo por parte das empresas para que empregados façam trabalho voluntário, preferências em contratação pelo governo e para certos serviços públicos etc.. Finalmente, manifestações de reconhecimento como o prêmio "Voluntário do Ano" em cada cidade e setor ou outros atos públicos que também promovam a cultura do voluntariado e

(iv) Promoção de Parcerias: as organizações do setor privado serão estimuladas a canalizar recursos para ações sociais, obtendo-se assim, maior visibilidade para as atividades filantrópicas. Serão desenvolvidos "estudos de casos" das melhores parcerias, disponibilizando para o grande público a metodologia de trabalho, visando a sua

disseminação em todo o País, ressaltando as características e atores sociais sociais⁴⁰.

Sabe-se, contudo, que a implementação do programa Fortalecimento da Sociedade Civil, pelo Conselho da Comunidade Solidária, não resolverá todos os problemas das ONG no Brasil - mesmo porque estamos falando de um universo que varia de 150.000 a 350.000⁴¹ entidades que se auto-nomeiam privadas sem fins lucrativos⁴². A maior das ambições é colaborar na modernização das relações Estado e Sociedade Civil com o fortalecimento do Terceiro Setor no país.

Destacamos, a título de ilustração ao finalizarmos essas notas, que alguns teóricos (quase que ideológicos) vislumbram o próximo século como a era do "mercado social"⁴³, onde o setor do mercado e do público tradicionais desempenharão um papel mais reduzido. Isto não quer dizer que qualquer um dos dois setores vá desaparecer - apenas que seu relacionamento com a massa de pessoas provavelmente mudará sobremaneira. Contudo, cada vez mais, identifica-se que as organizações baseadas em comunidades atuarão como árbitros e porta-vozes junto às forças maiores do mercado e do governo, servindo como principais defensores e agentes da reforma social e política, integrando grupos populacionais que, numa lógica convencional, passam de oprimidos para o de econômica e socialmente inúteis em termos econômicos convencionais.

Observando o atual cenário da epidemia pelo HIV/aids em cidades como São Francisco e Nova Iorque, ambas nos EUA - só para ficarmos com os dois exemplos mais emblemáticos das ações comunitárias na luta anti-aids -, comprovamos, ainda que de forma incipiente, a construção de um real mercado social: pessoas com HIV/aids que "a priori" seriam descartáveis economicamente, produzindo e interagindo socialmente⁴⁴. Isto é possível, porque a história da luta anti-aids comprova a idéia de que é difícil ter força de vontade para lutar só por si mesmo. O que motiva a vida são, na verdade, os outros, as relações com os outros. As ações pioneiras e exitosas no campo da aids são produtos da mobilização das comunidades (incluindo aí a científica e médica) e da convicção de que, em última instância, as pessoas vivendo com HIV/aids têm direito à vida.

Notas

¹ Em 1994, o Setor de Articulação com ONG consolida-se interna e externamente na CN-DST/AIDS. Nesse ano, são conveniados todos os projetos aprovados nas duas concorrências do ano anterior, a partir dos primeiros aportes do Banco Mundial, gerando uma rotina institucional nas relações da CN-DST/AIDS com seus parceiros comunitários. Destacam-se ainda em 1994: (a) o Comitê Externo Diretivo de Avaliação e Seleção de Projetos de ONG é reformulado e sua composição torna-se pública por uma Portaria Ministerial, em abril, com um mandato para o biênio 1994-1995. A composição do Comitê no período foi: Carmen Dora Crown Guimarães (UFRJ); Kenneth Rochel de Camargo Jr. (UERJ); Luiza Beth Nunes Alonso Fernandes (USP); Madel Therezinha Luz (UERJ); Pedro de Souza (UNICAMP) e Wilza Vieira Villela (USP). Ressalta-se, que a reformulação o Comitê deu-se por necessidades gerenciais, não havendo qualquer censura sobre a composição do Comitê de 1993; (b) o formulário para apresentação dos projetos pelas ONG é melhorado, incorporando sugestões das próprias e (c) a primeira edição do Catálogo de ONG que trabalham com aids é publicada, com a perspectiva de publicizar e valorizar a parceria governo e comunidade, que estava sendo promovida no âmbito da CN-DST/AIDS.

² Estima-se que entre 1960-1977 tenha ocorrido a disseminação silenciosa do HIV; entre 1977-78, provavelmente, os primeiros casos de aids nos Estados Unidos, Haiti e África Central; entre 1978-80, a forma agressiva do Sarcoma de Kaposi e outras infecções oportunistas são diagnosticada entre africanos na Europa e finalmente em 1981, relato dos primeiros casos nos EUA, aventando-se a hipótese de transmissão sexual. O primeiro informe do Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) sobre a epidemia, a publicação periódica do Center for Diseases Control (CDC) dos EUA, ocorreu em 05 de junho de 1981, baseados nos casos de pneumonia por p. Carinni de Los Angeles, entre homens com práticas homossexuais. Em 1982, o CDC estabelece a primeira definição de aids, que então é associada ao uso de drogas injetáveis, transfusão de sangue e transmissão vertical. Contudo, mesmo após o diagnóstico de casos de aids em hemofílicos, transfundidos, usuários de drogas, mulheres e crianças, a aids continuava sendo associada aos homens com práticas homossexuais, pelo menos, como geradores da epidemia. É ilustrativo registrar que só em 1 de janeiro de 1993, que a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS), deixa de fazer referência à homossexualidade como "doença"; no caso, sob o código 302.0 (transtornos mentais).

Ainda nessa nota, sem termos a intenção de escrevermos a história social da aids, registrarmos mais dois fatos relevantes, para situarmos melhor o leitor, quanto a importância estratégica da organização comunitária: (a) é atribuída à indústria do "ouro vermelho" (sangue), a responsabilidade parcial pela associação da aids como um problema "intrinsecamente" homossexual, entre os anos de 1981-83, afastando o foco da nova emergência epidemiológica da "Maioria Moral", como assim a grande imprensa designava a população em geral dos EUA, onde os homossexuais estavam excluídos. Como comprovação dessa assertiva por alguns estudiosos, lembramos que o primeiro nome técnico e estigmatizante da nova síndrome foi Deficiência Imunológica Relacionada aos Homossexuais (GRID em inglês) e (b) a "primeira ONG/Aids do mundo" foi fundada pela elite gay de Nova Iorque em uma reunião ocorrida no apartamento do romancista, roteirista e produtor de filmes, Larry Kramer, em 11 de agosto de 1981 - portanto, somente 02 meses e 06 dias após o primeiro informe do MMWR e antes de qualquer veiculação pela grande mídia, mesmo nos EUA - com a fundação do Gay Man Health

Crisis (GMHC). Em 04 de setembro, Dia do Trabalho nos EUA, são arrecadados US\$ 6.635 na Ilha de Fire Island, também entre a elite gay de Nova Iorque. São os primeiros fundos e esforços voluntários na luta anti-aids mundial. Desde então, a comunidade homossexual nos EUA passou a liderar boa parte das iniciativas no campo do ativismo e das ações comunitárias. Paradoxalmente, isso contribuiu para reforçar no imaginário social que a aids era tão somente um problema marginal que só afetava marginais sociais. Ver, sobretudo, Randy Shilts (1987): **O Prazer como Risco de Vida: a epidemia da AIDS; como surgiu, como se espalhou e porque não foi possível controlá-la**; Rio de Janeiro, Editora Record.

³ O retrovírus HIV-1 foi identificado por pesquisadores franceses e norte-americanos. Em 1984, os primeiros testes anti-HIV tornam-se disponíveis no mercado.

⁴ Os primeiros programas de prevenção foram desenhados "instintivamente" pela comunidade homossexual nos EUA, gerando, modelos universais na cultura da aids, até hoje. A saber: (a) a não transmissão social do HIV (abraçar, beijar, dormir na mesma cama, compartilhar objetos domésticos etc.); (b) a categoria de competência cultural versus preconceito e (c) que o aprendizado, visando a mudança de comportamento, é mais eficaz quando quando alguém diz enquanto está fazendo (exemplo pessoal emblemático na comunidade), entre outros achados.

⁵ Ver, por exemplo, Jean-Charles Sournia e Jacques Ruffie: **As Epidemias na História do Homem** (1984); Lisboa, Edições 70.

⁶ Jonathan Mann e colaboradores identificaram três elementos essenciais no sucesso da prevenção do HIV: (a) informação e educação; (b) serviços sociais e de saúde disponíveis e (c) um ambiente social adequado, isto é, compreender as normas comunitárias e saber como obter a participação da comunidade no processo de mudança de situações de risco é parte importante da prevenção do HIV. É a comunidade também que melhor responde às manifestações de misoginia, racismo e homofobia da sociedade abrangente sobre grupos sociais mais vulneráveis. Ver, em detalhes, Jonathan Mann et alii (orgs.): **A AIDS no Mundo** (1993), Rio de Janeiro, ABIA, IMS-UERJ e Relume Dumará.

⁷ Maiores detalhes, ver a Introdução de **A AIDS no Brasil** (1994); Rio de Janeiro, ABIA, IMS-UERJ e Relume Dumará. Usamos a seguir, alguns comentários que estão mais aprofundados na citada Introdução.

⁸ Na história da aids não é possível dissociar respostas institucionais de produtos de algumas lideranças. No caso, do CRTA destacam-se, entre outros, o médico dermatologista Paulo Roberto Teixeira e as médicas infectologistas Maria Eugenia Lemos Fernandes e Rosana Del Bianco.

⁹ Pelos nossos registros, Herbert de Souza (Betinho) foi pioneiro no Brasil em sistematizar um pensamento sobre aids e Direitos Humanos. A sua palestra "Direitos Humanos e Aids", proferida em 22 de outubro de 1987 na Faculdade de Direito da USP é o maior registro disso. Sobre relatos mais pessoais, dos dois fundadores da ABIA, indicam-se: Herbert Daniel (1989): **Vida Antes da Morte**, Rio de Janeiro, gráfica Jaboti e Herbert de Souza (1994): **A Cura da AIDS**; Rio de Janeiro, Relume Dumará.

10 Ver por exemplo, Boletim ABIA Nr. 01, janeiro de 1988, onde o discurso combativo, porém descontraído, da publicação é marcante. Herbert Daniel, como um dos editores, e animadores culturais do período pós-anistia (1979) no Rio de Janeiro, imprimia uma moldura de "resistência" ao boletim.

11 A Fundação Ford é uma das maiores incentivadoras de experiências sociais inovadoras no Brasil, desde o início da década de 70, antes mesmo da redemocratização do país. A pesquisa "O Impacto Social da Aids no Brasil", cuja análise dos casos notificados e confirmados de aids da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, que serviu para muitas leituras e calorosas discussões, recebeu recursos da citada agência. Registra-se também que a Financiadora de Estudos e Pesquisa (FINEP) aportou recursos à ABIA para essa mesma pesquisa.

12 O cronograma das Conferências Internacionais de Aids é: (a) 1985, Atlanta, EUA; (b) 1986, Paris, França; (c) 1987, Washington, DC, EUA; (d) 1988, Estocolmo, Suécia; (e) 1989, Montreal, Canadá; (vi) 1990, São Francisco, EUA; (f) 1991, Florença, Itália; (g) 1992, Amsterdam, Holanda; (h) 1993, Berlim, Alemanha; (i) 1994, Yokohoma, Japão; (j) 1996, Vancouver, Canadá e a prevista (i) 1998, Genebra, Suíça.

13 O núcleo da apresentação questionava o senso comum de que a aids no Brasil era uma epidemia restrita aos estrangeiros, ricos e homossexuais "viajados" e demonstrava que sua disseminação, assim como a de outras doenças transmissíveis, é agravada pela pobreza e pela injustiça social. Os dados epidemiológicos hoje, validam a assertiva da ABIA daquela época.

14 Entre os dias 02 e 04 de junho de 1989 foi realizado no campus da Universidade McGill, em Montreal, um encontro de 335 ONG envolvidas em trabalhos comunitários com aids, originárias de 40 países, chamado "Oportunidade para a Solidariedade", o embrião do ICASO. A ABIA estava entre as entidades organizadoras do evento. Um dos objetivos dessa primeira reunião ampliada do gênero foi orientar os seus participantes para a V Conferência Internacional sobre Aids, realizada entre 04 e 09 de junho, também, em Montreal. O GPA/OMS, os governos da província de Quebec e federal do Canadá e a Fundação Interamericana (IAF) financiaram o encontro. A partir de Montreal, os pesquisadores das áreas bio-médicas identificam uma invasão excessiva de temas sociais nas conferências internacionais sobre aids. Não é casual, que há 4 anos, as Conferências Anuais de Retrovírus e Doenças Oportunistas dos EUA, realizadas sempre em Washington, DC, no mês de janeiro, estejam antecipando os achados no campo bio-médico, antes da Conferência geral. Também identifica-se uma crescente participação de ativistas, sobretudo do Primeiro Mundo, nos encontros anuais de Washington; além da tendência da valorização de conferências temáticas, mesmo na área social. Observa-se, entretanto, um certo esgarçamento do discurso dos ativistas nos encontros internacionais. A denúncia, muitas vezes, esconde a ausência de um pensamento analítico sobre a epidemia, onde está inserido o papel do ativismo, nos "novos" tempos da aids.

15 Nos é impossível, sem cometermos graves injustiças, elencar nominalmente todos os profissionais de saúde que incentivaram o Pela VIDDA em seus primeiros anos. Contudo, é importante registrarmos o convite que os médicos da Comissão Técnica e de Ética do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), sob a coordenação de Walber Vieira (UFRJ), fizeram ao Pela VIDDA, para que este fizesse parte da referida Comissão.

16 Perguntamos, certa vez, a Herbert Daniel se a ruptura promovida pelo surgimento do Pela VIDDA não era a radicalização ou até a superação do projeto abiano. Ele nos respondeu que não: o Pela VIDDA não surgiu devido às possíveis limitações institucionais da ABIA ou de qualquer outra ONG; simplesmente, porque o Pela VIDDA inaugurava um novo cenário no campo da aids e, portanto, não estava inserido na "velha" ordem. Era uma outra lógica, não concorrente ou hierarquizada com a anterior. É a lógica própria do viver com HIV/aids. O viver não entendido como não morrer devido às intercorrências provocadas pela aids, que seria uma mistificação, mas, o direito de ter a esperança de poder enfrentá-la na luta diária, rotineira, subjetiva e silenciosa de suas manifestações no corpo e mente dos que têm o HIV. O Pela VIDDA era visto como um método que rompia com o imobilismo do medo e apostava na solidariedade. São conceitos que foram pensados quando as pessoas com HIV/aids só dispunham de uma única (e na época controversa) droga que atuava sobre uma das fases da replicação (transcriptase reversa) do HIV: o AZT.

17 Nesse sentido, é exemplar a publicação do Dossiê Nr. 01 Vacinas anti-HIV pelos grupos Pela VIDDA/RJ e SP e a ABIA, em abril de 1992, cujo material foi reunido entre janeiro e fevereiro, antes do retorno de Lair Guerra de Macedo Rodrigues à Coordenação Geral do CN-DST/AIDS. Entre os colaboradores da publicação estavam os pesquisadores da Fiocruz, Bernardo Galvão e Euclides Ayres de Castilho, e membros do Comitê Coordenador do Aperfeiçoamento de Vacinas do GPA/OMS, entre os quais, José Esparza. Herbert Daniel falece em 29 de março e o Dossiê foi dedicado à memória do ex-presidente do Grupo Pela VIDDA/RJ e vice-presidente da ABIA. O lançamento do Dossiê no auditório do CREMERJ, reuniu as lideranças e ativistas de ONG do Rio de Janeiro, mais toda a direção da CN-DST/AIDS, incluindo a sua Coordenadora Geral, Lair Guerra de Macedo Rodrigues. É possível que nesse lançamento, possamos precisar a mudança de eixo da relação governo e ONG que trabalham com aids. Em 09/08/97 ocorre o falecimento de Herbert de Souza, o Betinho, o então presidente da ABIA.

18 A saber: (a) Vigilância Epidemiológica: Luiz Antonio Matheus Loures (MG); (b) Serviço de Assistência: Celso Ferreira Ramos Filho (RJ); (c) Prevenção: Richard Parker (RJ) e (d) Ação Comunitária (primeiro nome do atual Setor de Articulação com ONG): Paulo Roberto Teixeira (SP).

19 Organização Não-Governamental premiada em 1996, pelo Programa Nacional de Direitos Humanos do Ministério da Justiça, como pioneira na luta anti-aids no País.

20 Muitos economistas, não socialistas, afirmam categoricamente que o capitalismo só evitará sua estagnação econômica se o Governo e não o Mercado investir, cada vez mais, em capital humano. "O capital humano difere do físico em três importantes aspectos. (1) O capital humano não pode ser possuído. Os capitalistas não investem naquilo que não podem possuir; (2) Os investimentos de capital humano em geral requerem um horizonte de tempo muito mais longo que aquele permitido pelo capitalismo e (3) Os investimentos de conhecimento que precisam ser feitos para a geração de indústrias de poder cerebral feito pelo homem precisam só podem ocorrer em um contexto social complementemente estranho à orientação individualista do capitalismo". Ver, no caso, Lester C. Thurow (1997): **O Futuro do Capitalismo: como as forças econômicas moldam o mundo de amanhã**; Rio de Janeiro, Editora Rocco.

²¹ A Chefia da Missão foi de Maureen Lewis e entre os 07 outros colaboradores, encontrava-se o pesquisador da Fiocruz, Euclides Ayres de Castilho que, mais uma vez, traduzia os compromissos sociais da comunidade científica brasileira empenhada na luta anti-aids.

²² Relatório Preliminar de Atividades 1995-96 do Conselho do Programa Comunidade Solidária/Casa Civil da Presidência da República (fevereiro de 1997), Brasília.

²³ Defesa dos Direitos Humanos é uma categoria muito ampla e volátil, o que não invalida a auto-classificação das ONG. A CN-DST/AIDS procura, nesse momento, instrumentalizar no Brasil os conceitos que o historiador José Murilo de Carvalho tematiza no livro **Desenvolvimento de la Ciudadanía en Brasil** (1995), Cidade do México, Fondo de Cultura Económica. Para Carvalho, leitor do autor inglês T. H. Marshall (1950): **Citizenship and Social Class**, o cidadão pleno é aquele que dispõe dos direitos civis, políticos e sociais. Entretanto, os direitos civis são os direitos fundamentais da vida, da liberdade, da propriedade, da igualdade frente a lei. Os direitos civis se subdividem ainda em liberdade de viajar e mudar de domicílio, liberdade de escolher trabalho, liberdade de manifestar o pensamento próprio, de organizar-se; o respeito a inviolabilidade da moradia e da correspondência; a garantia de que só a autoridade competente pode expedir, segundo a lei, ordem de prisão, busca e apreensão; a segurança de que ninguém pode ser condenado sem processo legal regular. São direitos cuja garantia depende da existência de uma justiça independente, eficaz e ao alcance de todos. São os elos que constituem a sociedade civil. Como é sabido, os direitos civis de muitas pessoas vivendo com HIV/aids são violados permanente e diariamente.

²⁴ Há uma diferença entre a constituição legal das ONG e o início de suas atividades que, quase sempre, são muito anteriores ao seu registro legal. A CN- DST/AIDS ao estabelecer em seus editais de concorrência para projetos de ONG, desde 1994, a contra-apresentação dos documentos legais da entidade (CGC, ata de fundação e estatuto), inclusive, com data anterior a publicação dos mesmos, induziu a constituição formal de muitas ONG.

²⁵ Esse padrão não é uma distorção macrorregional. Muito pelo contrário. Segue analogicamente a distribuição dos casos de aids e coeficientes de incidência (taxa por 100.000 habitantes), segundo o período de diagnóstico e local de residência (unidade federada e macrorregião) entre 1980-1997, relatados pelo Boletim Epidemiológico, ano IX, Nr. 05, dezembro de 1996 a fevereiro de 1997, da CN-DST/AIDS.

²⁶ As ONG não contradizem o dispositivo constitucional (Artigo 198) de ações descentralizadas e com a participação da comunidade, como já foi referido no final da primeira seção desse trabalho. Soma-se a isso, o fato de que a credibilidade da ONG está associada aos seus serviços "personalizados".

²⁷ A CN-DST/AIDS não vê contradição entre a crescente profissionalização das ONG, capacitação de seus dirigentes ou técnicos responsáveis por projeto e o aumento de trabalho voluntário. Por inferência, impressionista até esse momento, constata-se que as ONG que têm maior número de voluntários são as que se apresentam mais profissionalizadas e sabem como captar, absorver, administrar, capacitar e referenciar internamente a demanda de colaboradores voluntários.

28 Quando em 1994, a CN-DST/AIDS definiu que só excepcionalmente algumas ONG poderiam gerenciar projetos acima de U\$\$100,000, mesmo assim com autorização do Banco Mundial nos EUA, induziu a média de orçamento que encontramos relatados na tabela em tela. De um modo geral, só as ONG que já tinham em sua carteira outros financiamentos, sobretudo externos, administram orçamento anual acima de US\$ 100,000.

29 As ONG constituem uma rede informal entre si. Há uma horizontalidade na comunicação e credibilidade entre elas.

30 É conveniente mencionar que, dentre as 135 entidades apresentadas no Catálogo, apenas 64 conduziam projetos financiados pela CN-DST/AIDS.

31 Esse dado ilustra a função social do Setor de Articulação com ONG. As ONG procuram a CN-DST/AIDS

32 A CN-DST/AIDS numa avaliação das necessidades das ONG identificou esse problema "in loco", logo depois da consolidação dos dados da primeira edição do Catálogo em 1994, quando passou a prestar assistência direta às conveniadas. Para isso, utiliza-se um banco de consultores pontuais que na maioria das vezes são técnicos de ONG. São ONG prestando assistência a ONG, sob a moldura da CN-DST/AIDS.

33 São números impactantes, que não são valorizados devidamente. Alcançar 209.580 pessoas em 18 meses de trabalho, só pelo Setor de Articulação com ONG, ilustra a vitalidade e o papel estratégico da CN-DST/AIDS, isto é, do Ministério da Saúde.

34 Uma das maiores dificuldades que quase inviabilizam os convênios das ONG com a CN-DST/AIDS são as limitações impostas pela Lei de Licitações 8. 666, datada de 21 de junho de 1993. A solução parcial do problema só ocorreu com a participação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), executando os recursos "internacionalizados" do Acordo de Empréstimo com o Banco Mundial, cujas normas operacionais são balizadas pela lógica e produtividade do mercado internacional. Ilustrando as contradições da referida lei, citamos o seguinte comentário: "... Como vocês sabem, as ONG tudo inventam para sobreviver. Para captar recursos, para aumentar receitas. Uma delas, em Pernambuco, se especializou em obter recursos para seus projetos sociais reciclando papel usado e vendendo-o. Pleiteou então que uma empresa estatal lhe doasse as toneladas de papel usado de que regularmente dispunha. Pedido feito, pedido aceito pela Diretoria. Quer dizer, aceito pela Diretoria e encaminhado ao Departamento Jurídico, que o estudou, analisou e ...vetou! Segundo a legislação, doação de um bem público - mesmo que seja papel usado - exige licitação e acarreta infundáveis trâmites legal-burocráticos. A doação foi suspensa. A ONG frustrada, a receita evaporada. Consultou-se um advogado, que perguntou ao Jurídico da Estatal: '... E para jogar fora, no lixo, tem que ter licitação?' Obviamente, não, responderam. Final Feliz. A ONG assinou um convênio se comprometendo a recolher o lixo da estatal...". Extrato do prefácio de Joaquim Falcão ao livro referido na nota 18.

35 Nota-se que o ano de 1992 é exemplar do novo patamar nas relações governo e sociedade civil . A

partir desse ano, com a ECO 92, na cidade do Rio de Janeiro, os organismos da ONU e os governos passam a ter nas ONG um interlocutor político importante na definição de suas prioridades. Nesse contexto, o Ministério das Relações Exteriores tomou a iniciativa de estabelecer diálogo sistemático com as ONG em relação às conferências internacionais sobre Direitos Humanos (Viena, Áustria); População (Cairo, Egito); Mulher (Pequim, China);

Desenvolvimento Social (Copenhague, Dinamarca) e Habitação (Istambul, Turquia), incorporando temas e representantes diretos de ONG nas delegações oficiais do Brasil às referidas conferências.

³⁶ Destaca-se que o diagnóstico dos problemas que afetam as ONG foi elaborado por teóricos, gestores públicos e militantes que não têm atuação direta com as ONG que trabalham com aids. Destacamos, entre outros, Ruth Cardoso, Presidente do Conselho da Comunidade Solidária; Miguel Darcy de Oliveira, do Instituto de Ação Cultural (IDAC) do Rio de Janeiro; Rubem César Fernandes, do Instituto de Estudos da Religião (ISER) e do movimento Viva Rio e Joaquim Falcão da Fundação Roberto Marinho, também no Rio de Janeiro; além dos dirigentes da Associação Brasileira de ONG (ABONG), técnicos de organismos de cooperação multi e bilateral como o Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e de agências privadas internacionais que financiam projetos de ONG no Brasil, entre outros. Uma reunião sistematizadora dessas preocupações ocorreu em dezembro de 1995, em Brasília, uma iniciativa comum do BID, Civicus: Aliança Mundial para a Participação dos Cidadãos e Instituto Synergos dos EUA, em parceria com o Conselho da Comunidade Solidária, com o apoio das Fundações Interamericana e Ford, sob o título de Programa brasileiro de consultas nacionais sobre o fortalecimento da sociedade civil. Foram 03 os objetivos: aumentar a eficiência, sinergia e escala na atuação das ONG; criar as condições e mecanismos para ampliar a participação das organizações da sociedade civil nos programas governamentais de prestação de serviços sociais e dar maior qualidade aos projetos e programas de desenvolvimento social. O que chama nos chama atenção, nessas notas para a CN-DST/AIDS, é a validade do elenco de problemas anteriormente pensados que encontram legitimidade no cotidiano das ONG que relacionam-se com a CN-DST/AIDS.

³⁷ A título de padronização ao longo desse trabalho, usamos como sinônimos sociedade civil, organização comunitária e ONG, mesmo reconhecendo que são categorias distintas. A associação (indevida) deu-se para imprimir maior fluência ao texto. Terceiro Setor, é uma outra categoria que identifica além das tradicionais ONG, no interior das organizações da sociedade civil, portanto, que não são governamentais, a adição de fundações e institutos privados que têm uma atuação no social. A filantropia empresarial que é uma tradição da cultura norte-americana, está se consolidando também no Brasil nos últimos anos. Para um maior entendimento da história, distinções e importância das categorias e dos atores sociais referidas nessa nota, sugerimos o trabalho de Rubem César Fernandes (1995) "Privado, porém público: o terceiro setor na América Latina" no livro **Cidadãos: construindo a sociedade civil planetária**, Rio de Janeiro, IDAC; bem como, a tese de doutoramento de Leilah Landim Assumpção (1993): **A Invenção das ONG - do serviço invisível à profissão sem nome**; Rio de Janeiro, Museu Nacional/UFRJ.

³⁸ Ver nesse sentido, o livro editado por Anna Cynthia Oliveira (1997): **Marco Regulador de las Organizaciones de la Sociedad Civil en Sudamérica**; Washington, DC, BID e PNUD. Está no prelo o livro também da mesma autora **O Terceiro Setor no Brasil: uma agenda para a reforma do Marco Legal** (1997); Brasília, Conselho da Comunidade Solidária, BID, FBB e UNESCO.

39 Há um primeiro estudo exploratório sobre o tema, intitulado **Voluntários:**

programa de estímulo ao trabalho Voluntário no Brasil (1996): São Paulo, Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança. Ainda em 1996, como desdobramento do estudo da Abrinq, o Conselho da Comunidade Solidária publicou uma cartilha sobre o programa Promoção do Voluntariado, já operacionalizando parte do Convênio entre o BID e a FBB, quando da visita a 07 cidades, no segundo semestre do ano passado.

40 BID e Fundação Banco do Brasil (FBB): Cooperação Técnica Não Reembolsável. Programa Comunidade Solidária: Parcerias entre a Sociedade Civil e o Estado; Brasília, 1996.

41 "É sabido que existem milhares de organismos e iniciativas sociais que não chegam a formalizar-se em uma 'organização' registrada em cartório e inscrita no Cadastro Geral de Contribuintes (CGC)". Silvio Sant'Ana (1997), da Fundação Grupo Esquel, Brasília, artigo **O Universo das Organizações da Sociedade Civil.**

42 Os dados nos EUA são mais fidedignos: são 1,4 milhão de organizações sem fins lucrativos, movimentando cerca de 6% do Produto Interno Bruto (PIB) e responsável por 9% do emprego nacional desse país.

43 Jeremy Rifkin (1996): **O Fim dos Empregos - o declínio inevitável dos níveis dos empregos e a redução da força global de trabalho;** São Paulo, Makron Books.

44 Nos EUA, são mais de 01 milhão de pessoas infectadas - um em cada 92 homens, uma em cada oitocentas mulheres-, das quais 500 mil desenvolveram aids e mais de 319 mil já morreram. A aids é hoje, nos EUA, a primeira causa de morte da população entre 25 e 44 de idade. A maior potência econômica e militar do mundo, não pode se dar ao capricho de ficar indiferente à extensão da epidemia pelo HIV/aids, comprometendo ainda mais seu capital humano. Ver, no caso, **HIV Resource Guide 1997-1998** (1996); São Francisco, San Francisco AIDS Foundation.

ELABORAÇÃO

Coordenação Nacional de DST e Aids com a Consultoria de:

JOSÉ LUCIANO DE MATTOS DIAS

Pesquisador do CPDOC/FGV/RJ

Consultor da Coordenação Nacional de DST e Aids para a Elaboração dos Catálogos de ONG que Trabalham com aids, edições de 1994/95/96.

JOSÉ STALIN PEDROSA

Consultor da UNESCO para o Programa Comunidade Solidária: Parcerias entre Sociedade Civil e o Estado.

Ex-consultor da Coordenação Nacional de DST e Aids,

Responsável pelo Setor de Articulação com ONG entre 1994 e 1995.