

ARTIGOS

EMPRENDEDORISMO INSTITUCIONAL NA EMERGÊNCIA DO CAMPO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM HIV/AIDS NO BRASIL

INSTITUTIONAL ENTREPRENEURSHIP ON THE EMERGENCE OF HIV/AIDS POLICY FIELD IN BRAZIL

EMPRENDEDORISMO INSTITUCIONAL EN LA EMERGENCIA DEL CAMPO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN VIH/SIDA EN BRASIL

Patricia Maria Emerenciano de Mendonça

Professora do Departamento de Administração, Centro Universitário da FEI – São Paulo – SP, Brasil

pmendonca@fei.edu.br

Mario Aquino Alves

Professor da Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas – São Paulo – SP, Brasil

mario.alves@fgv.br

Luiz Claudio Campos

Doutorando em Administração Pública e Governo, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas – São Paulo – SP, Brasil

luizclaudiocampos@uol.com.br

Recebido em 26.06.2009. Aprovado em 04.05.2010. Disponibilizado em 08.06.2010

Avaliado pelo sistema *double blind review*

Editor Científico: Sonia Maria Fleury Teixeira

RAE-eletrônica, v. 9, n. 1, Art. 6, jan./jun. 2010.

<http://www.rae.com.br/electronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=5590&Secao=ARTIGOS&Volume=9&Numero=1&Ano=2010>

©Copyright 2010 FGV-EAESP/RAE-eletrônica. Todos os direitos reservados. Permitida a citação parcial, desde que identificada a fonte. Proibida a reprodução total. Em caso de dúvidas, consulte a Redação:

raeredacao@fgv.br; 55 (11) 3799-7898.



**FUNDAÇÃO
GETULIO VARGAS**



Escola de Administração
de Empresas de São Paulo

RESUMO

Este trabalho analisa o surgimento do HIV/aids no contexto das políticas públicas no Brasil observando os atores envolvidos, suas posições e os recursos utilizados para a criação de novas lógicas institucionais. A política brasileira de HIV/aids resultou de esforços pioneiros de um amplo espectro de diferentes grupos e movimentos sociais que buscam aprofundar princípios do SUS de prevenção e universalização, tendo logrado êxito e sendo reconhecida como uma referência no cenário internacional. Ao examinar as relações de poder que se desenrolam no interior do campo, é possível constatar que a posição ocupada pelos atores interfere nas suas formas de ação empreendedora. A principal conclusão está em apontar as possibilidades de ação empreendedora dos atores periféricos em um campo, e a necessidade de melhor qualificação da ação social empreendedora, que inclui detalhar as estratégias utilizadas pelos atores, diferenciando-as a partir das posições que ocupam e dos diferentes estágios do processo de mudança.

PALAVRAS-CHAVE Campos sociais, empreendedorismo institucional, políticas públicas, HIV/aids, movimentos sociais.

ABSTRACT

This paper analyzes the emergence of HIV/aids field in the context of public policies in Brazil, mapping actors involved, their positions and resources used to create new institutional logics. The Brazilian HIV/aids policy was the result of pioneering efforts of a broad spectrum of different groups and social movements, seeking to deepen SUS principles of prevention and universalism, which achieved considerable success and recognition from international bodies. While examining power relations that take place within the field, it is possible to consider the influence of the position occupied by the actors in their forms of entrepreneurial action. The main conclusion is to point out the possibilities for entrepreneurial action of peripheral players and the need for a better qualification of entrepreneurial social action, which includes detailing the strategies used by actors, differentiating according to the positions occupied and along the different stages of institutional change.

KEYWORDS Social fields, institutional entrepreneurship, public policy, HIV/aids, social movements.

RESUMEN

Este trabajo analiza el surgimiento del VIH/Sida en el contexto de las políticas públicas en Brasil, observando los actores involucrados, sus posiciones y los recursos utilizados para la creación de nuevas lógicas institucionales. La política brasileña de VIH/Sida, exitosa y reconocida como una referencia en el escenario internacional, resultó de esfuerzos pioneros de un amplio espectro de diferentes grupos y movimientos sociales que buscaron profundizar principios del SUS de prevención y universalización. Al examinar las relaciones de poder que se desenvuelven en el interior del campo, es posible constatar que la posición ocupada por los actores interfiere en sus formas de acción emprendedora. La principal conclusión está en apuntar las posibilidades de acción emprendedora de los actores periféricos en un campo, y la necesidad de mejor cualificación de la acción social emprendedora, lo que incluye detallar las estrategias utilizadas por los actores, diferenciándolas a partir de las posiciones que ocupan y de las diferentes etapas del proceso de cambio.

PALABRAS CLAVE Campos sociales, emprendedorismo institucional, políticas públicas, VIH/Sida, movimientos sociales.

INTRODUÇÃO

A política brasileira de HIV/aids resultou de esforços pioneiros de um amplo espectro de diferentes grupos e movimentos sociais. Sua criação precoce, a distribuição gratuita de medicamentos do coquetel, o envolvimento da sociedade, entre outros fatores, criaram uma nova institucionalidade que faz desta política um caso distintivo na comunidade internacional. Diversas entidades, inclusive a Organização Mundial da Saúde, organismos financiadores, como o Banco Mundial, e outras agências de desenvolvimento a reconheceram como uma referência para países em desenvolvimento e também para países desenvolvidos.

Mesmo em um campo em emergência, com várias lógicas conflitantes e significados em construção, foi possível criar uma política nacional forte e centralizada. Mais tarde, esse arranjo se alterou quando o Programa Nacional (PN) de DST/Aids (atual Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais), responsável pela condução nacional da política de HIV/aids, começou a descentralizar a política, e outros estados e municípios foram envolvidos, o que implicou novas tensões.

Os grupos envolvidos nessas interações e a política pública dela resultante permitem qualificá-los como os empreendedores institucionais (DIMAGGIO, 1988) que definiram os contornos de uma política pública que é estruturante de um campo social em emergência. Faz-se, portanto, importante compreender esse fenômeno do empreendedorismo institucional no campo do HIV/aids. O objetivo deste artigo é analisar a emergência do campo do HIV/aids no contexto das políticas públicas no Brasil, verificando os atores e os recursos utilizados para a criação de novas lógicas institucionais, observando em especial as diferentes estratégias utilizadas pelos empreendedores institucionais do campo, em particular os atores periféricos e não dominantes.

A análise da ação empreendedora tem avançado nos estudos organizacionais neoinstitucionalistas a partir da observação de fatores exógenos, em especial os relacionados a mecanismos regulatórios e mudanças tecnológicas. Apenas recentemente esses estudos têm se voltado para a reflexão sobre a ação dos indivíduos no interior de campos organizacionais, oferecendo novas oportunidades e frutíferos *insights* para explicar as mudanças a partir de fatores endógenos, com a introdução dos temas agência, interesses e poder nas pesquisas na área (GARUD e outros, 2007, DACIN e outros, 2002).

Para verificar as estratégias dos empreendedores periféricos do campo, foram cumpridas etapas de pesquisa que estão aqui apresentadas em cinco seções. A primeira delas explora as noções de campo, empreendedorismo institucional e os estudos de movimentos sociais para formular nossa questão de pesquisa. A segunda parte descreve os métodos utilizados para o levantamento empírico, seguidos pela terceira e quarta seções, que, respectivamente, contextualizam o surgimento da política de HIV/aids e apresentam análises sobre os atores, sua posição e suas ações empreendedoras. Por último, na quinta seção, busca-se responder à questão de pesquisa formulada e refletir sobre suas implicações.

EMPREENDEDORISMO INSTITUCIONAL EM UM CAMPO EM EMERGÊNCIA

Estudos de orientação neoinstitucionalista organizacional partem sempre do campo como nível de análise. Para Bourdieu (1989), o campo é um lugar onde uma luta competitiva entre atores se dá em torno de interesses específicos que são representativos de sua área; o espaço onde valores inerentes e princípios regulatórios são estabelecidos. A posição dos atores no campo é estabelecida de forma relacional, regida pela maior ou menor quantidade de poder que cada ator detém. É esse poder que torna ou não legítimos ideias, comportamentos, valores, posturas.

Cada campo “acumula” certos tipos de capital, que conferem aos atores poder e posição dentro desse campo. Pode-se dizer que a posição ocupada por determinado agente no espaço social é definida pela posição que esse agente ocupa em campos diferentes, de acordo com a distribuição de vários poderes – formas de capital – que agem em cada um desses campos (BOURDIEU, 1989). Os campos são criados, ou pelo menos tomam grande impulso, por atores particularmente importantes, que, com uma perspectiva “heterodoxa” do mundo, estabelecem novos conteúdos e novas relações de poder com os demais atores (BOURDIEU, 1972, 1989; ORTIZ, 1983).

As estratégias dos agentes ortodoxos (dominantes) tendem a criar uma série de instituições e mecanismos que asseguram sua dominação (rituais, cerimônias, títulos, certificados etc.). Os agentes heterodoxos (desafiantes) tendem a mostrar que estão descontentes com o *status quo*, valendo-se de estratégias que subvertem a distribuição de poder dentro do campo (as chamadas heresias), as quais implicam um contínuo confronto com a ortodoxia. Assim sendo, tanto dominantes quanto desafiantes mantêm uma relação de convivência, sendo

simultaneamente adversários e cúmplices, que, em sua relação de antagonismo, delimitam a legitimidade do campo. Essa convivência determina o consenso a respeito da situação, ou seja, o que merece ser levado em consideração.

Nos estudos organizacionais, as explicações sobre o surgimento e reorganização dos campos, inicialmente, recaem sobre pressões exógenas, como mudanças tecnológicas, regulatórias e descontinuidades competitivas (GEENWOOD; SUDDABY, 2006), que acabam precipitando a entrada de novos atores. Menos exploradas são as fontes de mudanças endógenas dos campos, capitaneadas pelas discussões sobre empreendedorismo institucional (DIMAGGIO, 1988).

O termo empreendedorismo começou a ser utilizado nos estudos organizacionais neoinstitucionalistas para designar a maneira como os atores configuram as instituições emergentes e transformam as já existentes, apesar das complexidades e *path dependencies*. A origem do emprego do termo está na teoria econômica schumpeteriana, que descreve empreendedorismo como uma engrenagem do crescimento econômico, precipitada pela introdução de novas tecnologias e o consequente potencial para obsolescência, disciplinando a forma de os atores lutarem por sua sobrevivência (DACIN e outros, 2007). Sob uma perspectiva mais sociológica, o empreendedorismo pode ser visto como um comportamento desviante de alguma norma. Nesse sentido, será difícil que seus resultados sejam adotados pelos atores comprometidos com as formas já existentes de fazer as coisas. Os empreendedores deverão, então, concentrar seus esforços em ganhar legitimidade, que se mostrará difícil diante da heterogeneidade dos grupos sociais e seus interesses. Mas, à medida que esses esforços se ampliam, novos grupos são mobilizados, e os processos de legitimação se ampliam (ALDRICH; FIOL, 1994; LOUSBURY; GLYNN, 2001).

Nos estudos organizacionais neoinstitucionais, DiMaggio (1988) introduz o termo descrevendo a forma como os agentes empregam recursos na criação ou empoderamento de instituições, criando a categoria *empreendedor institucional*. Em desenvolvimentos posteriores, Maguire e outros (2004) referem-se ao *empreendedorismo institucional* enquanto atividade de atores que possuem interesses em determinados arranjos institucionais e que conseguem arregimentar recursos para criar novas instituições ou transformar as existentes. O questionamento central que tem permeado os estudos sobre empreendedorismo institucional se assenta em explicar a ação criativa dos atores em contraposição às suas intenções e

racionalidade, que são condicionadas pelas instituições que buscam modificar, neste paradoxo da “*embedded agency*”. (DACIN e outros, 2002).

Os atores dominantes no campo possuem, em geral, poder suficiente para forçar mudanças, mas é improvável que iniciem resultados empreendedores, uma vez que se beneficiam de suas posições no campo. Ainda assim, eles se engajam em ações empreendedoras, quando visam modificar práticas para manter ou fortalecer suas posições (GREENWOOD; SUDDABY, 2006). São os atores periféricos ou localizados nos limites de um ou mais campos que têm mais incentivos para desafiar e criar novas práticas, embora tenham mais dificuldades para produzir essas mudanças, uma vez que teriam acesso limitado ao que Bourdieu (1989) denomina *positions du sujet*, ou seja, posições que lhes permitam exercer agência.

Reconhecendo as dificuldades de os atores desafiadores no campo assumirem a condição de empreendedores, Fligstein (2001) aponta a posse de *habilidades sociais* como condição para esses atores lidarem com essas tensões e buscarem obter comportamentos cooperativos em situações onde existam significados emergentes em construção, como na emergência de um novo campo. Essas habilidades seriam sempre contextuais e poderiam ser utilizadas para compreender tanto os casos em que os atores estejam defendendo um conjunto de arranjos existentes quanto os casos em que estão impondo ou negociando novas ordens.

Assim como a produção de novas práticas sociais – como políticas públicas – depende do poder e da posição de cada ator em um campo, suas habilidades sociais também são decisivas no processo de criação de novas instituições. Para Fligstein (2001), esse processo ocorre no contexto em que os atores dominantes tentam produzir regras de manutenção do *status quo* ante outros atores menos ou igualmente poderosos, emergindo quando da eclosão de crises que revelam a instabilidade das interações ou a inadequação das regras aos propósitos dos atores dominantes.

Desse ponto emergem nossas principais indagações motivadoras do presente trabalho: só os grupos mais fortes poderiam impor uma nova ordem? Essa não seria uma visão elitista do processo político? De que maneira atores localizados em posições periféricas no campo assumem papéis de empreendedores institucionais?

Não são somente os atores dotados de posições dominantes os capazes de articular ações empreendedoras. O próprio Fligstein (2001) fala das políticas extraleais e não institucionais dos movimentos sociais, citando casos em que lideranças de grupos desafiadores utilizaram as

habilidades sociais para estabelecer novos consensos com atores já estabelecidos e legitimados dentro do campo.

Maguire e outros (2004), no estudo sobre os ativistas do tratamento de HIV/aids no Canadá, identificaram que esses demonstraram que suas práticas tinham suficiente flexibilidade para nelas traduzir os interesses de diferentes grupos, dando margem à emergência de novas instituições. Dessa forma, foram empreendedores institucionais capazes de forjar coalizões com outros grupos dentro do campo.

Os avanços teóricos sobre empreendedorismo institucional têm se valido das análises mais críticas dos movimentos sociais para observar os esforços de mudança ancorados na mobilização consciente de elementos marginalizados, não usualmente utilizados por atores dominantes (KING; SOULE, 2007; LEVY; SCULLY, 2006; CLEMENS; COOK, 1999; MAGUIRE e outros, 2004; RAO e outros, 2000).

Os movimentos sociais podem atuar enquanto empreendedores extrainstitucionais, mesmo quando os *insiders* do campo se opõem às mudanças propostas. Mesmo em uma posição periférica, são capazes de se engajar em atividades que contribuirão para a construção de sentidos, afetando a percepção pública sobre as dinâmicas específicas de um campo e alterando os tipos de recursos e capacidades que conferem legitimidade no seu interior. Essa capacidade de agência pode ser adquirida por meio da mobilização da opinião pública (KING; SOULE, 2007); pela capacidade de negociação entre diferentes grupos (FLINGSTEIN, 1997; MAGUIRE e outros, 2004); ou no posicionamento nos interstícios do campo (RAO e outros, 2000), o que confere a esses atores a capacidade de assumir o papel de “ponte” entre diferentes campos, sem que isso afete sua posição como agência no interior do campo onde buscam as mudanças (MAGUIRE e outros, 2004).

Assim, a ideologia ganha um papel central nessa qualificação, segundo Hensmans (2003). Os atores dominantes entrantes utilizam os significados correntes (valores e crenças estabelecidos), buscando articulá-los de acordo com seus interesses. Já os desafiantes se posicionam enquanto atores ideológicos que organizam argumentos emancipatórios ou alternativos. Rao e outros (2000) qualificam ainda os *atores de ligação*, cuja ação estratégica se dá no espaço denominado interstício, uma zona em que ocorre uma lacuna entre múltiplos campos, cujos problemas ou questões persistentemente se espalham. É nesse espaço que os atores constroem limites em torno de questões comuns a um ou mais campos (DORADO, 2005, HARDY, 1994).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para compreender as lutas políticas no campo sob a perspectiva de um processo de construção contínua buscou-se cumprir três etapas: (1) mapeamento dos recursos culturais no interior do campo; (2) especificação de comunalidades no interior do campo; (3) detalhamento do processo de interação entre os recursos culturais e as táticas e estratégias dos atores (JACKSON, 2006),

A primeira etapa requereu uma reconstituição histórica do campo do HIV/aids no Brasil, observando a interação de outros campos que concorreram para seu surgimento. A técnica utilizada para tanto se apoiou principalmente na análise de documentos por meio de uma *etnografia textual* (JACKSON, 2006), pela qual foi possível criar uma linha do tempo da evolução dos acontecimentos, identificação de atores-chave e eventos importantes. Os documentos incluíram atas e minutas de reuniões, *newsletters*, relatórios, brochuras, publicações acadêmicas e notícias veiculadas nos meios de comunicação (GALVÃO, 2000, 2002a e 2002b; MS, 1998, 2002a, 2002b, 2003a e 2003b; PARKER, 1994 e 2003; UNESCO, 2005; WORLD BANK, 1997, 1998 e 2003). Esse mapeamento foi confrontado por dados colhidos em entrevistas. O trabalho também se beneficiou do registro de um conjunto de 21 entrevistas realizadas para uma dissertação de mestrado de um dos autores sobre a temática.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade com dez atores envolvidos em acontecimentos relacionados com as origens do campo do HIV/aids no Brasil. A identificação desses indivíduos se baseou no conhecimento prévio do campo pelos pesquisadores e no levantamento documental. Continuou pela utilização de método *snow-ball* (MILES; HUBERMAN, 1994), onde se solicitou ao entrevistado a indicação de indivíduos referência na formação do campo. Informações complementares foram coletadas de documentos internos das organizações nas quais eles trabalharam.

Nas segunda e terceira etapas, identificamos as comunalidades no interior do campo e especificamos os recursos e estratégias. A análise dos dados buscou qualificar os atores e suas estratégias empreendedoras, observando suas posições e principais recursos acessados para então detalhar as formas de interação entre os recursos e as estratégias dos atores. Isso permitiu formular proposições acerca da questão de pesquisa aqui proposta, que é entender como se desenrolam ações empreendedoras em posições periféricas em um campo.

O CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E O SURGIMENTO DE UM NOVO CAMPO SOCIAL

Em 1981, as notícias sobre aids eram alarmantes e sensacionalistas, e causavam pânico, medo e discriminação entre a população (MS, 1998). Os primeiros casos de aids no Brasil foram inicialmente reportados em 1982, e até a metade dessa década incidiam nos principais centros urbanos da Região Sudeste (MS, 1998; CASTILHO; CHEQUER, 1997).

Era o período marcado pela restauração do regime democrático brasileiro. Durante essa transição, liberdades individuais antes reprimidas foram restauradas, diversos movimentos sociais se reorganizaram e outros emergiram. No momento em que o HIV se disseminava, o sistema de saúde passava por um processo de reforma, capitaneado pelo chamado Movimento Sanitarista, que congregava profissionais de saúde progressistas. Este movimento resultou na nova configuração da saúde, garantida pela Constituição de 1988: o Sistema Único de Saúde (SUS).

A mobilização em torno da aids se iniciou no estado de São Paulo, onde os primeiros casos foram reportados. Naquele tempo, um grupo de médicos, originários do Movimento Sanitarista, começou a se mobilizar para gerar uma resposta governamental em face do número crescente de casos. Muito da experiência desses médicos era em doenças de pele, particularmente a hanseníase. Assim como a aids, a hanseníase era estigmatizada e sua prevenção demandava um trabalho próximo da população por meio de campanhas para efetivo tratamento, assistência aos pacientes e suas famílias. Essas similaridades ajudaram esses médicos na aproximação com a população e no diálogo com diferentes setores da sociedade civil na medida em que a epidemia de aids se manifestava.

Por outro lado, esses médicos, a princípio, não conseguiam encontrar respostas para a aids, que então apresentava alta mortalidade. Muitos deles, ainda em seus primeiros anos de carreira, foram pessoalmente afetados pelo drama enfrentado por esses pacientes, o que fez com que o Hospital Emílio Ribas tivesse que prover apoio psicológico para esses profissionais. O Hospital Emílio Ribas foi o primeiro a abrigar um centro de aids e até hoje é um dos principais da América Latina no tratamento de aids e uma referência na área.

Em 1983, grupos militantes pelos direitos dos gays na cidade de São Paulo organizaram a primeira resposta pública à então nova epidemia e um esforço de aproximação junto ao governo. Eles contataram a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo para demandar uma posição oficial em face do inquietante problema detectado na comunidade gay e que àquele tempo começava a receber atenção crescente da imprensa. A Secretaria de Saúde de SP respondeu com a criação de um grupo de estudo composto por técnicos de várias áreas do Hospital Emílio Ribas, entre eles os médicos responsáveis pelo tratamento de hanseníase, cujo pioneirismo no atendimento aos pacientes com aids lhes asseguravam competência e legitimidade para negociar com o governo a implementação de medidas específicas para a questão da aids. Dessa forma, em um tempo em que ainda pouco se sabia sobre aids, o estado estabeleceu em 1983 o Programa de Aids de São Paulo, com um considerável foco em Saúde Pública (TEIXEIRA, 1997).

Essa participação dos médicos de São Paulo ao que viria a ser uma nova especialidade médica lhes deu uma grande janela de oportunidade para desenvolver inovações. Esses eram médicos que não apenas iam a hospitais ou consultórios pôr em prática todo o conhecimento técnico adquirido. Muitos deles também tomaram parte na reforma do sistema de saúde que estava em curso, que resultou ao final na criação do SUS. Assim, isso deu ao movimento um perfil tanto técnico quanto ideológico.

Por iniciativa dos médicos responsáveis pelo Programa de Aids de São Paulo, foram realizados encontros abertos ao público. Esses encontros comunitários fizeram surgir organizações como o GAPA – São Paulo (Grupo de Apoio à Prevenção da Aids – seção São Paulo), a primeira e até hoje uma das mais influentes ONGs-aids no Brasil. Após isso, não apenas grupos homossexuais se engajaram na luta contra o HIV/aids, mas também organizações que representavam hemofílicos, mulheres, profissionais do sexo, profissionais de saúde e assistentes sociais que trabalhavam com usuários de drogas injetáveis, dentre outros. Graças à parceria com esses grupos, o programa estadual pôde atingir a população em geral, além de minorias e grupos consideravelmente excluídos em diversas outras interações sociais e políticas públicas. Para Parker (2003) e Teixeira (1997), a resposta da Saúde Pública do estado de São Paulo frente à epidemia foi pioneira e progressista, constituindo um importante modelo a ser seguido no restante do país.

No estado do Rio de Janeiro, por sua vez, outro tipo de mobilização ocorria simultaneamente. Da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), da Escola Nacional de Saúde Pública

e do Departamento de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) vieram profissionais com uma visão mais ampla de saúde, focada em políticas de alcance nacional. Além disso, a natureza da mobilização da sociedade no estado do Rio de Janeiro também era diferente. O movimento era mais combativo e contava com personalidades públicas bem conhecidas que tomaram parte no movimento de democratização, como Herbert de Souza, fundador da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), e Herbert Daniel, fundador do Grupo pela Vida (Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids – GPV). Várias outras ONGs-aids influentes foram estabelecidas no Rio de Janeiro, contando com o importante apoio de organizações de cooperação internacional.

Ainda que governo e sociedade no nível dos estados trabalhassem juntos para preparar e implementar políticas em HIV/aids, esse relacionamento assumiu formatos diferentes, ora sinalizando maior necessidade de colaboração, ora enfatizando sua posição periférica e combativa diante do governo. No discurso de organizações como o GAPA – São Paulo, aparecia a necessidade de desenvolver uma relação com o Programa Estadual, por vezes trabalhando com união de esforços, inclusive no tratamento direto dos pacientes. Já outras organizações, como a ABIA, rejeitavam conscientemente qualquer papel direto na proteção e tratamento de pessoas com HIV/aids, entendendo que era obrigação do Estado sua provisão, tendo centrado sua ação na crítica à política do governo, particularmente no nível federal (PARKER, 2003).

Apesar de a política de HIV/aids ter emergido enquanto uma subpolítica dentro do SUS, inicialmente estabelecida no nível local, ela acabou adquirindo uma forma centralizada na esfera federal por meio do Programa Nacional de DST-Aids (PN), criado em 1985. Paradoxalmente, o PN aprofundou radicalmente outros elementos-base do SUS: a universalização (especialmente por meio do acesso livre a medicamentos e a insumos de prevenção), a equidade (pelo foco nas ações junto a grupos vulneráveis e estigmatizados) e a integralidade (por agregar prevenção, assistência e tratamento).

Nesse período, a prioridade esteve na vigilância epidemiológica, assistência médica e divulgação de mensagens de alerta e de não discriminação, dentro de um contexto de recursos financeiros escassos (MS, 1998). Em que pese as críticas à falta de uma política sistemática e consistente deste período (TEIXEIRA, 1997; CÂMARA; LIMA, 2000), a política se desenvolveu gradualmente, consolidando seu caráter nacional, com medidas na área de vigilância, apoio a estados e de controle do sangue (PARKER, 2003).

O PN passou por um período de descontinuidade entre 1990 e 1992, numa crise política durante o governo Collor: cinco diferentes pessoas ocuparam o Ministério da Saúde, enfraquecendo as relações do governo federal com as ONGs-aids, programas estaduais e municipais, e a comunidade científica e médica.

Mas, já em 1992, o espírito de colaboração e negociação foi restaurado e foram abertas as negociações com o Banco Mundial, o que gerou os acordos de empréstimo para a Política de HIV/Aids. Esses acordos com o Banco Mundial reestruturaram a política e o relacionamento entre todos os atores no campo da aids. O primeiro acordo foi negociado pessoalmente pelo ministro à época, que não via recursos nacionais suficientes para o enfrentamento da epidemia. Naquele instante, Lair Guerra estava à frente do PN e liderou esse processo. Após a avaliação do possível impacto econômico da epidemia no Brasil, o Banco Mundial aceitou o acordo, que foi um dos primeiros dessa natureza para ele. Outro ponto importante a ser ressaltado na negociação do primeiro empréstimo foi a participação da sociedade civil no processo, o que marcará toda a resposta brasileira em face do forte referencial de direitos humanos e de combate à discriminação trazida pela doença. Tal participação pareceu refletir uma busca de apoio do gestor governamental junto a outros atores sociais, entendidos naquele contexto como essenciais para a viabilização dessa iniciativa e o posterior desenvolvimento das ações. Foi justamente essa ampla coalizão que permitiu a concessão do primeiro empréstimo e o estabelecimento de um novo patamar de desenvolvimento da política em HIV/aids no Brasil.

Foram assinados três acordos com o Banco Mundial. No primeiro deles, apesar de alguns claros pontos de conflito, em especial com relação à população beneficiária e ao tipo de tratamento, que incluíam acesso a medicamentos e investimentos estatais na sua fabricação (ver CÂMARA; LIMA, 2000 e MS, 2002c), a parceria com o MS se mostrava claramente interessante a ambos. Ao longo dos anos 1980 e durante os 1990, o Banco Mundial passou a assumir um papel cada vez mais ativo na promoção de investimentos na área de saúde e no combate à pobreza.

Com os acordos de empréstimo, o PN definitivamente se institucionalizou e ampliou sua ação para estados e municípios. A aids foi definitivamente reconhecida como uma prioridade para a Saúde Pública no Brasil (MS, 1998). Os recursos do Banco Mundial também permitiram a formação de parcerias para suporte técnico e financeiro junto às ONGs, programas estaduais e municipais, além de universidades. Médicos especialistas e gestores ganharam espaço no PN, os quais, respectivamente, cuidavam do gerenciamento da política e dos sistemas de planejamento.

Melhor ainda, a aids ganhava cada vez mais reconhecimento público como uma doença complexa que requeria tratamento especializado.

Nos acordos seguintes, a tônica passou a ser a descentralização do PN e o fortalecimento institucional da política de aids. Não era necessariamente uma pauta nova, pois a discussão da descentralização vinha da implantação do SUS. A própria política de aids nasceu já descentralizada, tendo em vista que os programas estaduais de SP e RJ foram criados antes do PN. A institucionalização do PN, no entanto, começou centralizada para posteriormente passar à descentralização.

O Quadro 1 busca resumir os principais eventos na constituição do campo de políticas públicas de HIV/aids no Brasil ao longo de 12 anos.

Quadro 1 – Histórico dos principais eventos da política em HIV/aids no Brasil

Ano	Eventos
1982	Diagnóstico dos 1 ^{os} casos de aids no Brasil.
1983	ONGs gay divulgam informações sobre uma nova doença. Criação do 1 ^o Programa de Aids na Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. 1 ^o documento do Ministério da Saúde com informações sobre a aids.
1985	Criação da 1 ^a ONG-aids: GAPA – São Paulo. Criação do 1 ^o Programa para Controle da Aids no Ministério da Saúde. 11 estados com programas de aids.
1986	Criação da ABIA no Rio de Janeiro. Criação da CNAIDS – Comissão Nacional de Aids no Ministério da Saúde. A aids passa a ter notificação compulsória.
1987-8	Respostas religiosas em São Paulo e Rio de Janeiro. Aprovada lei para controle do sangue. Constituição proíbe comercialização (em face de pressões dos grupos de hemofílicos). O Programa para Controle da Aids se torna Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids. Distribuição de medicamentos para infecções oportunistas no SUS.
1989	Início do Projeto Previna – participação de ONGs em projetos com populações vulneráveis. Criação de novas organizações de pessoas vivendo com HIV/aids. 1 ^o Encontro de ONGs-Aids.
1991	O AZT começa a ser distribuído no SUS.
1992	Início das negociações para a obtenção de empréstimo junto ao Banco Mundial.
1993/4	Início do Aids I.

Fonte: Própria, a partir de dados de Teixeira (1997), Galvão (2000) e Parker (2003).

COMUNALIDADES, POSIÇÕES E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

Foram identificados diferentes grupos, ocupando posições e assumindo papéis diferenciados no processo de emergência do campo HIV/aids no Brasil. Alguns deles atuaram como empreendedores institucionais, porém de diferentes maneiras e a partir de posições opostas. O Quadro 2 apresenta os atores que estiveram presentes na emergência e posterior consolidação do campo.

Quadro 2 – Grupos e ideias na constituição do campo da aids enquanto política pública

Grupos	Características comuns e subdivisões	Ideias e argumentos com relação à aids	Posição e tipo de ação estratégica desempenhada
Médicos 1	Atuação em hospitais, em especial o Hospital Emílio Ribas em São Paulo, e em centros de controle de aids estaduais.	Aids como um problema de saúde pública. Grupo que primeiro trabalhou com pacientes infectados sob pressão psicológica e profissional.	Formação do campo, articulação de significados existentes.
Médicos 2	Com formação em Saúde Pública, em especial na Fiocruz, UERJ e USP e militância no movimento de reforma sanitária e de criação do SUS.	Grupo com experiência em pesquisa e elaboração de políticas, pouca experiência com pacientes.	Desafiantes propunham uma nova visão de saúde.
Ativistas da sociedade civil	<ul style="list-style-type: none"> • Motivados por valores solidários, atuação em organizações de base comunitárias, religiosas. • Engajados na luta por direitos e contra o preconceito: voltados à defesa de direitos humanos, mulheres, homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas etc. • Lideranças políticas, engajadas na luta pela redemocratização e ampliação dos direitos. • Profissionais especializados que encontraram no campo da aids uma oportunidade de trabalho. 	Aids como um direito em conjunto com outras questões de saúde, um dever do Estado de prover assistência. Após os acordos com o Banco Mundial, a possibilidade de acesso a fundos aumenta significativamente o número de organizações.	Desafiantes traziam diferentes questões para dentro do Estado: solidariedade, ampliação e garantia de direitos. Assumem a aids como bandeira profissional ou uma causa, como os homossexuais.
Pessoas que vivem com HIV/aids	Articulam e criam ONGs-aids, com um forte viés de grupos de convivência e apoio mútuo. Em 1995 é criada a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids, formada por soropositivos para discutir seus direitos e pressionar o governo.	Aids e outras questões de saúde como direito. Melhorias nos serviços de saúde. Luta contra o preconceito.	Atores de ligação, entre <i>outsiders</i> e o campo da aids, com atuação na mobilização da opinião pública.
ONGs internacionais	Financiam ONGs-aids brasileiras. Trazem uma perspectiva mais “profissionalizante” ao enfatizar a utilização de ferramentas gerenciais no desenho e na execução dos projetos apoiados.	Introduzem visões pluralistas sobre negociação e pressão, conhecidas como <i>advocacy</i> .	Atores de ligação legitimam organizações que financiam, disseminam visões de trabalho mais amplas sobre questões de

ARTIGOS - EMPREENDEDORISMO INSTITUCIONAL NA EMERGÊNCIA DO CAMPO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM HIV/AIDS NO BRASIL

Patricia Maria Emerenciano de Mendonça, Mario Aquino Alves e Luiz Claudio Campos

			desenvolvimento.
Gestores e assessores técnicos com viés gerencialista	Funcionários públicos de áreas administrativas: planejamento, orçamento, compras etc. Podem ter migrado de outras áreas governamentais para o campo da aids. Consultores de organizações internacionais como o Banco Mundial. Técnicos contratados para trabalhar em instâncias governamentais via acordos de empréstimo. Em determinado momento o grupo também passa a ser composto por ex-ativistas que passam a integrar quadros do governo.	Agentes de ligação na integração entre o MS, a política de aids e outras instâncias governamentais. Interlocutores na arena internacional, com destaque para a universalização do tratamento com medicamentos e as discussões sobre suas patentes.	Atores de ligação que mediam o viés técnico de agências internacionais com as posições do PN e dos ativistas da sociedade civil
Médicos especialistas	Diferentemente do grupo anterior, proveniente do movimento sanitaria, possuem uma alta especialização técnica e menos viés ideológico.	Passam a dominar as questões técnicas relacionadas ao tratamento e novas pesquisas. Interlocutores no desenho dos tratamentos e discussões sobre acesso a medicamentos.	Atores de ligação que passam a ocupar crescentemente posições centrais no campo.

Fonte: Própria com base em levantamento empírico.

Os médicos podem ser divididos em dois subgrupos, vindos de uma atuação dentro de hospitais (principalmente em São Paulo) e de escolas de Saúde Pública (principalmente no Rio de Janeiro).

Durante a primeira fase, os médicos de São Paulo, primeiros a lidar diretamente com a doença nos hospitais, conseguiram trazer o tema da aids para a agenda governamental, juntamente com outro grupo de empreendedores institucionais, o movimento gay. O relacionamento do grupo de médicos de São Paulo com atores da sociedade civil não foi estabelecido com base na confrontação direta. Em vez disso, as organizações e o Programa Estadual de Aids de São Paulo buscavam uma complementaridade de ações de intervenção. O grupo de médicos de São Paulo logrou uma implementação rápida e bem-sucedida da política estadual de aids, além de dar suporte para grupos de outros estados criarem também os seus programas. Obtiveram uma posição favorável para integrar a política nacional de aids, no momento em que ela começou a ser formulada, no final da década de 1980 e início da década de 1990. Além dos médicos com perfil mais clínico, estavam também presentes médicos com histórico de militância no Movimento Sanitarista, porém os profissionais com esse perfil acabaram predominando dentro de grupos provenientes de escolas de Saúde Pública.

O PN foi produto de fortes pressões da sociedade civil, de médicos com perfil mais técnico e gerencial, dos profissionais de saúde com histórico de militância no Movimento Sanitarista e de criação do SUS. Assim, os médicos sanitaristas acabaram por ter uma aproximação maior com grupos de ativistas do estado do Rio de Janeiro, que pela sua trajetória se posicionavam de maneira diferente dos grupos ativistas de São Paulo em relação ao governo. Estes grupos tinham um histórico de envolvimento político muito mais acentuado, ligado ao movimento de redemocratização do país. Muitas dessas organizações já nasceram independentes e, em contraposição ao governo, com apoio financeiro de organizações internacionais, e adquiriram uma proximidade maior com as escolas de Saúde Pública, não apenas em temas relacionados à medicina, mas também à sociologia, à antropologia e à política.

As organizações da sociedade civil trouxeram o discurso da solidariedade, do direito à vida e da luta contra o preconceito de maneira muito forte, especialmente quando essas bandeiras são encabeçadas pelo movimento gay. Aliado a isso, a repercussão que a aids vinha obtendo nos meios de comunicação permitiu legitimar a causa dentro da agenda política da saúde, justificando a criação de uma política específica, que tinha na distribuição gratuita de medicamentos seu carro-chefe.

Quando o PN começa a se institucionalizar enquanto uma política pública nacional, duas questões emergem. A primeira é a aproximação de muitas organizações da sociedade civil com o governo. A segunda é a crescente complexidade e especialização que a aids ganha dentro da área médica.

A aproximação dos movimentos sociais que pressionaram o governo para a criação da política foi impulsionada pela entrada do Banco Mundial no financiamento do programa. Ainda que uma parte substancial dos recursos do PN fosse do Tesouro Nacional (contrapartida), o empréstimo foi estratégico, pois permitia estabelecer formas de colaboração com a sociedade não previstas ou exercitadas em outras instâncias dos SUS. Com a entrada do Banco Mundial no financiamento do PN, cresceu a competição entre diversos pontos de vista e interesses.

Os gestores do PN apontavam a aids como um novo problema de saúde, que merecia atenção especial das autoridades. Atores da sociedade civil defendiam a assistência para a aids como um direito, que, assim como outras questões de saúde, era um dever do Estado. Em algum momento foi feita a ponte desses dois discursos com as ideias de universalização, descentralização e controle social do SUS, promovendo sua transformação ao serem empregadas na política de aids.

Miriam Ventura considera que, ainda que o movimento relacionado à aids não tenha participado ativa e diretamente no processo pré-constituente do SUS, mesmo assim apropriou-se rapidamente:

[...] dos avanços constitucionais para a defesa de seus interesses, tomando como eixo condutor a vinculação da problemática da aids às questões da saúde em geral, como um direito fundamental do ser humano que deve o Estado prover, através de políticas econômicas e sociais, e não somente através de ações na área da assistência à saúde. (Ministério da Saúde, 2002c, p. 8).

Ou seja, por um lado, o Movimento Sanitarista e o de criação do SUS influenciaram a criação do campo HIV/aids; por outro, entendemos que esse campo possui características empreendedoras distintas.

Em primeiro lugar, pelo aspecto da implementação de um programa por meio de empréstimos internacionais, o que faz emergir uma importante questão sobre o caráter “paralelo” em relação às demais estruturas e instâncias do SUS. Na visão de vários entrevistados, a política de HIV/aids no Brasil, ainda que nascida sob os princípios do SUS, não se utilizava de mecanismos formais estabelecidos de coordenação de resposta ou de representação. Será apenas com o início da política de descentralização, no final dos anos 1990, que essas duas estruturas começarão a se integrar.

O outro ponto diz respeito aos diferentes atores do campo e suas demandas. No campo das políticas de HIV/aids, outros atores distintos do Movimento Sanitarista também tiveram influência na sua configuração, em especial as organizações da sociedade civil e os grupos populacionais estigmatizados. As interações entre médicos e outros profissionais de saúde, gestores governamentais e organizações da sociedade civil permitiram a abertura de novos canais institucionais e reconhecimento das demandas desses grupos. Dentre essas demandas, podemos destacar o acesso a recursos do empréstimo do Banco Mundial para o financiamento de inúmeros projetos de organizações da sociedade civil (aspecto considerado inovador dentro das estruturas da saúde até então), o questionamento do monopólio do agir e do saber médico (nas questões de diagnóstico, acolhimento e atendimento humanizado) e a ampliação das discussões sobre direitos sexuais e reprodutivos, sob a ótica desses grupos. Assim como na área da assistência, as políticas de prevenção no Brasil foram construídas em base ampliada e progressista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política brasileira de HIV/aids resultou de esforços pioneiros de um amplo espectro de diferentes grupos. Teve início no estado de São Paulo, em meados dos anos 1980, capitaneada por médicos que trabalhavam em hospitais públicos. Logo a essa iniciativa aliaram-se o movimento gay e outros atores da sociedade civil, inclusive a Igreja Católica, quando os primeiros casos de aids afetaram indivíduos considerados como ‘grupos de risco’ (gays, travestis, usuários de drogas, profissionais do sexo etc.).

Gradualmente outros se juntam aos primeiros, notadamente segmentos envolvidos na luta pelo restabelecimento da democracia no início dos anos 1980, ativistas de direitos humanos, muito dos quais do estado do Rio de Janeiro, onde ONGs internacionais e agências multilaterais direcionaram a esses grupos consideráveis somas de recursos financeiros. Essa mobilização desencadeou a inclusão da questão do HIV/aids na agenda política nacional, resultando na criação do PN.

Interessante notar que a emergência do campo HIV/aids e sua institucionalização ocorreram de forma coevolutiva com o campo de emergência do SUS. Mesmo apresentando similaridades – inclusive com a participação de alguns atores comuns – o campo HIV/aids evolui de forma diferenciada, sobretudo pela atuação de grupos empreendedores muito peculiares.

Foram mapeados grupos de empreendedores desse nascente campo que foram decisivos na criação e institucionalização da política pública no país. Observa-se que um grupo de médicos – especialmente de São Paulo – tornou-se dominante no campo, assumindo posições importantes na gestão do PN. Eles se engajaram para utilizar a experiência acumulada no trabalho em hospitais com a implantação do primeiro programa estadual de aids como recurso legitimador. Isso os tornou empreendedores institucionais. Também foram atores socialmente hábeis (FLIGSTEIN, 2001) na medida em que conseguiram articular o discurso de profissionais de saúde ligados ao movimento de reforma sanitária, ao incluir e aprofundar os princípios do SUS nas ações do PN, com diferentes demandas colocadas por atores da sociedade civil.

Atores da sociedade civil defendiam a assistência para a aids como um direito que, assim como outras questões de saúde, era um dever do Estado. Diferentes visões estavam em

competição entre esses atores: a visão da solidariedade (organizações religiosas e comunitárias), a visão política (grupo pró-democratização interessados em assegurar espaço nas questões públicas), grupos motivados pela causa da aids ligados a outros movimentos específicos que tomaram essa causa como sua bandeira de luta (homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas), inclusive como ação estratégica para legitimar e fazer avançar suas próprias agendas (além da questão da aids).

Percebe-se que a atuação de organizações da sociedade civil enquanto empreendedoras institucionais no campo da aids ocorre a partir de posições periféricas e que visam à construção de uma nova institucionalidade, por isso a denominação empreendedores desafiantes. Em vez de controlar recursos significativos, ou promover a cooperação utilizando-se de habilidades sociais, como fizeram os médicos paulistas, as ONGs-aids utilizaram-se de sua inserção em outros campos (comunidade internacional de doadores, escolas de Saúde Pública, movimentos gay, artistas, comunidades de profissionais de saúde) para angariar legitimidade com atores fora do campo da aids, a população em geral e outras áreas da saúde (*outsiders*). Eles tiveram um importante papel institucional: suas ações e mobilizações mantiveram – e mantêm – o campo legítimo perante os *outsiders*, um mecanismo similar ao identificado por King e Soule (2007) de empreendedorismo extrainstitucional.

A manutenção da questão HIV/aids nas agendas política e social possibilita a ação dos outros atores, em especial daqueles que ocupam posições centrais na gestão da política. Numa perspectiva dialógica, eles abrem oportunidades políticas não apenas para si próprios, mas também para outros atores do campo, tais como os médicos infectologistas e farmacêuticos especialistas em HIV/aids, que emergem à medida que o campo da aids se consolida como uma especialização dentro da medicina.

Para compreender esse mecanismo de construção institucional a partir de uma posição extrainstitucional, é necessário compreender como se articularam elementos dentro, fora e nos interstícios do campo, por meio da ação de *atores de ligação* (RAO e outros, 2000), que de alguma forma ajudaram a fazer essas pontes. Alguns atores-chave entre os médicos e ativistas tornaram-se funcionários públicos e gestores governamentais, passando a ocupar cargos em diferentes esferas governamentais, desde o Ministério da Saúde, passando por programas estaduais e municipais de aids. Essas funções dos gestores públicos acabaram ganhando uma importância crescente como espaços de ligação, na negociação do acordo com o Banco Mundial, com outras áreas do governo para a ampliação das políticas – intersetoriais – de

prevenção, a manutenção do tratamento universal e a construção do argumento de licenças compulsórias para os medicamentos junto à comunidade internacional e à OMC. Isso se intensifica com o aparecimento de outros atores internacionais, a Unaid e o Fórum Global de Tuberculose, Aids e Malária.

A partir desta análise, reunimos evidências para propor algumas questões para avanços no entendimento sobre o empreendedorismo institucional.

Primeiramente, ele pode ser um efeito não intencional da interação dos atores em determinado campo, considerando sua multiplicidade e dinamicidade. A multiplicidade e dinamicidade dos campos foram originalmente abordadas por Bourdieu (1974), que já apontava que, diante da sobreposição de atores e temas, os campos se encontram amarrados em outros campos.

Os insurgentes de um campo têm capacidade de criar novas lógicas, o que parece não ser adequadamente abordado pelas teorias institucionais, que muitas vezes predizem que os empreendedores em um campo devem ter a capacidade de acessar recursos (tangíveis e intangíveis) e agir estrategicamente para obter a cooperação. Embora a discussão internacional sobre o tema (ver extensivo levantamento de BATTILANA e outros, 2009), tenha avançado na visão do empreendedor institucional visto como um 'herói', existe ainda, no campo da Administração no Brasil, um visão conservadora sobre o tema, o que não permite que a área de estudos evolua para a superação do *paradox of embedded agency* e a qualificação e detalhamento da ação empreendedora nos processos de mudança.

Como tentativa de avançar nesse sentido, sugere-se trabalhar com diversas possibilidades de mudança e diferentes categorias de empreendedorismo institucional, por exemplo, localizando-os em diferentes etapas dos processos de mudança institucional, como apontado por Greenwood e outros (2002), a saber: choques precipitadores, desinstitucionalização, pré-institucionalização, teorização, difusão e reinstitucionalização. O que implica que imaginar alternativas e criar consenso em torno delas não seriam as únicas capacidades a serem observadas nos empreendedores em um campo. Eles necessitariam também sistematizá-las e difundi-las, o que pode depender de seu posicionamento nos limites do campo e do estabelecimento de relações com atores de ligação (RAO e outros, 2000). Essas interações podem ainda desembocar no desenvolvimento de estratégias, que nem sempre são planejadas.

Existe, assim, a necessidade de se melhor qualificar a ação social dos empreendedores institucionais, compreendendo como ocorre a formulação de suas estratégias no interior do

campo a partir de diferentes posições, que implicam diferentes capacidades de ação e de acesso e a utilização de recursos materiais e simbólicos.

REFERÊNCIAS

ALDRICH, H. E; FIOLE, C. Fools in rush in? The institutional context of industry creation. *Academy of Management Review*, v. 19, n. 4, p. 645-670, 1994.

BATILLANA, J.; LECA, B.; BOXEMBAUM, E. Agency and institutions: A review of institutional entrepreneurship, *Academy of Management Annals*, 3: 65-107, 2009.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel, 1989.

BOURDIEU, P. *Esquisse d'une théorie de la pratique, précédé de trois études d'ethnologie kabyle*. Genève: Droz, 1972.

BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

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

CLEMENS, E; COOK, J. Politics and institutionalism: explaining durability and change. *Annual Review of Sociology*, v. 25, n. 1, p. 441-466, 1999.

DIMAGGIO, P. Interest and agency in institutional theory. In: ZUCKER, L. (Ed) *Institutional patterns and organizations*. Cambridge, MA: Ballinger, 1988.

DACIN, T; GOLDSTEIN, J; SCOTT, W. R. Institutional theory and institutional change: introduction to the special research forum. *Academy of Management Journal*, v. 45, n. 1, p. 45-57, 2002.

DORADO, S. Institutional entrepreneurship, partaking and convening. *Organization Studies*, v. 26, n. 3, p. 385-414, 2005.

FLIGSTEIN, N. Social skill and institutional theory. *American Behavioral Scientist*, v. 40, n. 4, p. 397-406, 1997.

FLIGSTEIN, N. *Social Skill and the Theory of Fields*. Department of Sociology, UC Berkeley, 2001. Disponível em: http://iir.berkeley.edu/culture/papers/Fligstein01_01.pdf. Acesso em abril 2007.

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

GALVÃO, J. A política brasileira de distribuição e produção de antirretrovirais: privilégio ou um direito? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 1, p. 213-219, 2002a.

GALVÃO, J. *1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/aids no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002b.

GARUD, R; HARDY, C; MAGUIRE, S. Institutional entrepreneurship as embedded agency: an introduction to the special issue. *Organization Studies*, v. 28, n. 7, p. 957-969, 2007.

GREENWOOD, R; SUDDABY, R. Institutional entrepreneurship in mature fields: the big five accounting firms. *Academy of Management Journal*, v. 49, n. 1, p. 27-48, 2006.

GREENWOOD, R; SUDDABY, R; HININGS, C. R. Theorizing change: the role of professional associations in the transformation of institutionalized fields. *Academy of Management Journal*, v. 45, n. 1, p. 58-80, 2002.

HARDY, C. Under-organized inter-organizational domains: the case of refugees systems. *Journal of Applied Behavioral Sciences*, v. 30, n. 3, p. 278-296, 1994.

HENSMANS, M. Social movement: a metaphor for strategic actors in institutional fields. *Organizations Studies*, v. 24, n. 3, p. 355-381, 2003.

JACKSON, P. T. Making sense of making sense. In: YANOW, D; SCHWARTZ-SHEA, P. (Eds) *Interpretation and method: empirical research methods and the interpretive turn*. New York: M. E. Sharpe, 2006.

KING, B; SOULE, S. Social movements as extra-institutional entrepreneurs: the effects of protests on Stock Price Returns. *Administrative Science Quarterly*, v. 52, n. 3, p. 413-442, 2007.

LEVY, D; SCULLY, M. The institutional entrepreneur as modern prince: the strategic face of power in contested fields. *Organization Studies*, v. 28, n. 7, p. 971-991, 2007.

LOUNSBURY, M; GLYNN, M. A. Cultural entrepreneurship: stories, legitimacy and the acquisition of resources. *Strategic Management Journal*, v. 22, n. 6-7, p. 545-564, 2001.

MAGUIRE, S; HARDY, C; LAWRENCE, T. Institutional entrepreneurship in emerging fields: HIV/aids treatment advocacy in Canada. *Academy of Management Journal*. v. 47, n. 5, p. 657-679, 2004.

MILES, M. B; HUBERMAN, M. *Qualitative Data Analysis: an expanded sourcebook*. 2. Ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994.

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Aids no Brasil: um esforço conjunto governo-sociedade*. Brasília: Coordenação Nacional de DST e aids, MS, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A experiência do Programa Brasileiro de aids*. Brasília: Coordenação Nacional de DST e aids, MS, 2002a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *National aids drug policy*. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids, MS, 2002b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Proposta de planejamento estratégico para as assessorias jurídicas das ONG/aids. (Consultoria de Miriam Ventura.) Brasília: 2002c. (mimeo.)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Ativismo em aids: controle social no SUS*. Coordenação Nacional de DST e aids, MS, Brasília, 2003a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A Comissão Nacional de aids: a presença do passado na construção do futuro*. Brasília: Coordenação Nacional de DST e aids, MS, 2003b.

ORTIZ, R. *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Ática, 1983.

PARKER, R. *A construção da solidariedade: aids, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA; IMS/UERJ; Relume Dumará, 1994.

PARKER, R. 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*, v. 1, n. 27, p. 8-49, 2003.

RAO, H; MORRILL, C; ZALD, M. Power plays: how social movements create new organizational forms. *Research in Organizational Behaviour*, v. 22, p. 239-282, 2000.

TEIXEIRA, P. R. Políticas públicas em aids. In: PARKER, R. (Org) *Políticas, instituições e aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 1997.

UNESCO. Responses to aids challenges in Brazil: limits and possibilities. Brasília: Unesco/MS, 2005.

WORLD BANK. *Confronting aids: public priorities in a global epidemic*. Washington: The World Bank, 1997.

WORLD BANK. Implementation Completion Report. Brazil aids and STD Control Project (Loan 3659-BR). Washington: The World Bank, 1998.

ARTIGOS - EMPREENDEDORISMO INSTITUCIONAL NA EMERGÊNCIA DO CAMPO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM
HIV/AIDS NO BRASIL

Patricia Maria Emerenciano de Mendonça, Mario Aquino Alves e Luiz Claudio Campos

WORLD BANK. *Project Appraisal Document on a Proposed Loan for the Federative Republic of Brazil for the aids & STD Control Project III*. Washington: The World Bank, 2003.