

**A POLÍTICA BRASILEIRA DE PREVENÇÃO AO HIV E AIDS
NOS GOVERNOS DILMA**

ANNA CÁSSIA FERREIRA GONÇALVES TEIXEIRA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO

**CAMPOS DOS GOYTACAZES-RJ
DEZEMBRO/2024**

ANNA CÁSSIA FERREIRA GONÇALVES TEIXEIRA

**A POLÍTICA BRASILEIRA DE PREVENÇÃO AO HIV E AIDS
NOS GOVERNOS DILMA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Políticas Sociais do Centro de Ciências do
Homem, da Universidade Estadual do Norte
Fluminense Darcy Ribeiro, como parte das
exigências para obtenção do título de Doutorado em
Políticas Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo da Costa Caetano.

Campos dos Goytacazes-RJ
Dezembro/2024

FICHA CATALOGRÁFICA

UENF - Bibliotecas

Elaborada com os dados fornecidos pela autora.

T266 Teixeira, Anna Cássia Ferreira Gonçalves.

A POLÍTICA BRASILEIRA DE PREVENÇÃO AO HIV E AIDS NOS GOVERNOS DILMA / Anna Cássia Ferreira Gonçalves Teixeira. - Campos dos Goytacazes, RJ, 2024.

124 f. : il.

Bibliografia: 114 - 123.

Tese (Doutorado em Políticas Sociais) - Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Centro de Ciências do Homem, 2024.

Orientador: Rodrigo da Costa Caetano.

1. Políticas Sociais. 2. Saúde. 3. Solidariedade. 4. Movimentos Sociais. 5. Vulnerabilidade.
I. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. II. Título.

CDD - 361.61

ANNA CÁSSIA FERREIRA GONÇALVES TEIXEIRA

A POLÍTICA BRASILEIRA DE PREVENÇÃO AO HIV E AIDS
NOS GOVERNOS DILMA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Políticas Sociais do Centro de Ciências do
Homem, da Universidade Estadual do Norte
Fluminense Darcy Ribeiro, como parte das
exigências para obtenção do título de Doutorado em
Políticas Sociais.

Aprovada em 09 de dezembro de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fábio Py Murta de Almeida
Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ)

Prof.ª Dr.ª Aline Melina Vaz
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

Prof. Dr. Leonardo Rogério Miguel
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

Prof. Dr. Rodrigo da Costa Caetano (Orientador)
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

AGRADECIMENTO

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de pesquisa.

“O que sustenta meu corpo são as minhas ideias”.

- Sérgio Vaz

RESUMO

A política de prevenção, no modelo estabelecido no Brasil, resulta da participação do Movimento Social de Aids que, desde o início da epidemia, reúne expoentes do Movimento Homossexual e do Movimento da Reforma Sanitária. A luta por direitos sexuais e pela liberdade se une à luta pela democratização da saúde. Como resultado se estabelece uma resposta baseada na solidariedade, na defesa dos direitos humanos e na reivindicação da cidadania. Os esforços coletivos resultam em estratégias criativas e inovadoras, a exemplo do sexo mais seguro e a redução de danos, em oposição às soluções discriminatórias. O enfrentamento à epidemia tornou-se uma política de Estado. E, mesmo diante do projeto neoliberal iniciado por Collor e executado por Fernando Henrique Cardoso, que representou perdas importantes de direitos sociais, a Política Nacional de Aids seguiu um caminho inverso. No entanto, observa-se que a partir da década de 2010, o recuo da resposta à epidemia, concretizando a tendência à desmobilização social iniciada no governo de Luís Inácio Lula da Silva, associado ao avanço da nova direita no país e das expectativas geradas pelas inovações biomédicas. Foi no governo de Dilma Rousseff que a resposta bem-sucedida perde força. Pretende-se, com o presente trabalho, discutir os processos sociopolíticos que provocam a crise da política de prevenção no Brasil, tendo em vista as limitações das estratégias elaboradas e conduzidas pelo governo federal para enfrentar a epidemia entre os anos de 2011 e 2016. Trata-se de uma pesquisa social documental em saúde, de abordagem qualitativa. Diante das complexidades, contradições e transformações que a política brasileira de prevenção ao HIV e Aids está inserida, optou-se pelo método dialético, considerando-o o mais adequado no que tange a compreensão desta política e o contexto político-econômico do período em questão. Serão adotados os procedimentos de pesquisa bibliográfica e documental, com acesso a dados secundários. Mudanças no rumo da prevenção, provocadas por articulações partidárias, refletem no aumento de novos casos de HIV e Aids, principalmente entre populações vulneráveis, rotuladas como populações-chave. Em meio a queda de popularidade, alianças desfeitas, crise econômica e falta de diálogo com os movimentos sociais, a Política de Aids foi um dos primeiros alvos de conceções do governo Dilma. No período supracitado nota-se que as estratégias de prevenção ganham centralidade nos métodos biomédicos, seguindo uma tendência global. Revela-se a redução de espaços importantes para a potencialização das ações voltadas para a prevenção e acolhimento das diferenças humanas.

Palavras-chave: Políticas Sociais, Saúde, Solidariedade, Movimentos Sociais, Vulnerabilidade.

ABSTRACT

The prevention policy, in the model established in Brazil, is the result of the participation of the AIDS Social Movement, which, since the beginning of the epidemic, has brought together representatives of the Homosexual Movement and the Health Reform Movement. The fight for sexual rights and freedom is combined with the fight for the democratization of health. As a result, a response based on solidarity, the defense of human rights and the demand for citizenship is established. Collective efforts result in creative and innovative strategies, such as safer sex and harm reduction, as opposed to discriminatory solutions. Confronting the epidemic has become a state policy. And, even in the face of the neoliberal project initiated by Collor and implemented by Fernando Henrique Cardoso, which represented significant losses of social rights, the national AIDS policy followed the opposite path. However, it is observed that from the 2010s onwards, the response to the epidemic has retreated, concretizing the trend towards social demobilization that began under the government of Luís Inácio Lula da Silva, associated with the advance of the new right in the country and the expectations generated by biomedical innovations. It was during Dilma Rousseff's government that the successful response lost strength. The present work aims to discuss the sociopolitical processes that caused the crisis in prevention policy in Brazil, considering the limitations of the strategies developed and implemented by the federal government to confront the epidemic between 2011 and 2016. This is a documentary social research in health, with a qualitative approach. Given the complexities, contradictions and transformations that the Brazilian policy of prevention of HIV and AIDS is inserted in, the dialectical method was chosen, considering it the most appropriate in terms of understanding this policy and the political-economic context of the period in question. Bibliographic and documentary research procedures will be adopted, with access to secondary data. Changes in the direction of prevention, caused by partisan articulations, are reflected in the increase in new cases of HIV and AIDS, mainly among vulnerable populations, labeled as key populations. Amid falling popularity, broken alliances, economic crisis and lack of dialogue with social movements, AIDS policy was one of the first targets of Dilma's government's policies. During the aforementioned period, prevention strategies became central to biomedical methods, following a global trend. It reveals the reduction of important spaces for the enhancement of external actions for the prevention and acceptance of human differences.

Keywords: Social Policies, Health, Solidarity, Social Movements, Vulnerability.

LISTA DE SIGLAS

ABI – Associação Brasileira de Imprensa
ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CNAIDS – Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
GAPA – Grupo de Apoio à Prevenção à Aids
GGB – Grupo Gay da Bahia
HIV – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
HSH – Homens que fazem sexo com homens
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTQIAPN+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual, Pansexual, Não-Binário.
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
OSC – Organização da Sociedade Civil
PL – Partido Liberal
PMBD – Partido Movimento Democrático Brasileiro
PT – Partido dos Trabalhadores
PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira
SUS – Sistema Único de Saúde
TARV – Tratamento Antirretroviral
UBS – Unidade Básica de Saúde
UDI – Usuários/as de Drogas Injetáveis
UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Integrantes do Somos na manifestação contra o delegado Richetti	26
Figura 2 – Título e subtítulo da reportagem sobre a morte de Roberto – Jornal Lampião da Esquina – edição 32 – janeiro de 1981.....	29
Figura 3 – Cartaz divulgado pelo GAPA em 1985.....	57
Figura 4 – Campanha do Dia Internacional das Prostitutas - 2013	86
Figura 5 – Material da campanha sobre Prevenção Combinada - 2016	99
Figura 6 – Materiais da campanha “SEM CAMISINHA VOCÊ ASSUME O RISCO DE PEGAR UMA INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL – IST”	104
Figura 7 – Material da campanha “Usar camisinha é uma resposta de todos”	105
Figura 8 – Cartão postal elaborado por projeto da Abia (2005).....	107

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
Aspectos metodológicos	15
1 POLÍTICA DE PREVENÇÃO AO HIV E AIDS NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL.....	21
1.1 Bases organizacionais do Movimento Homossexual	22
1.2 Contribuições do Movimento da Reforma Sanitária	34
1.3 Política de saúde no período pós-constituinte	37
2 OS SIGNIFICADOS SOCIAIS DA AIDS	42
2.1 Identidades sociais e a produção de vulnerabilidades no contexto da epidemia...	43
2.2 Ousadia do Movimento de Aids Brasileiro	53
2.3 Respostas do Governo Federal e o princípio de solidariedade	60
3 ANÁLISE CONJUNTURAL DOS GOVERNOS DILMA: O FIM DA OUSADIA NA PREVENÇÃO.....	71
3.1 As contradições do Governo Lula.....	72
3.2 As apostas políticas de Dilma.....	79
3.3 A crise da Política Brasileira de Prevenção	82
4 BIOMEDICALIZAÇÃO DA PREVENÇÃO: O RISCO DE UMA POLÍTICA DE MÃO ÚNICA.....	92
4.1 Armadilhas do discurso do fim da epidemia	94
4.2 Da intensificação da biomedicalização no governo Temer à reedição “medo” no governo Bolsonaro	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS.....	113
APÊNDICE.....	124

INTRODUÇÃO

A união de esforços sociais e políticos aos saberes científicos fez com que a Política Nacional de HIV¹ e a Aids² se tornasse referência mundial. Logo no início da epidemia os movimentos sociais, especialmente o Movimento Homossexual³, conseguiram alertar as autoridades de saúde e cobrar ações governamentais em prol da garantia ao cuidado e atendimento digno às pessoas que viviam com Aids. Nos primeiros anos da década de 1980, quando surgiram os primeiros casos, o regime militar perdia forças para continuar. Na saúde, o Movimento da Reforma Sanitária reuniu profissionais da área e militantes na defesa de uma política de saúde pública e universal. Esse contexto contribuiu para que o enfrentamento à Aids rompesse com a lógica restritiva das ações de saúde vigentes.

Conforme será apresentado no decorrer desta tese, a parceria estabelecida entre a sociedade civil e o governo brasileiro deu origem a um modelo pioneiro e ousado de enfrentamento a epidemia. A denominada resposta brasileira à Aids diferenciou-se por considerar os impactos de determinantes sociais e as limitações biomédicas na prevenção do HIV, dando espaço para estratégias elaboradas a partir da experiência das comunidades mais afetadas.

As articulações e reivindicações coletivas resultaram em uma política pública fundamentada nos princípios da solidariedade, da cidadania e na defesa dos direitos humanos. As estratégias exitosas, como a redução de danos e o sexo mais seguro, foram elaboradas com base nesses pilares e, apesar das críticas que receberam por

¹ A sigla inglesa HIV significa, na tradução para o português, vírus da imunodeficiência humana (Unaids, 2017, p. 26).

² No Brasil convencionou-se utilizar a sigla inglesa Aids para referir-se a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida). Sendo, “o termo AIDS descreve uma síndrome de infecções e doenças oportunistas que podem se desenvolver à medida que a imunossupressão aumenta durante a evolução da infecção pelo HIV (da infecção aguda até a morte).” (Unaids, 2017, p. 31).

³ Neste trabalho utiliza-se o termo Movimento Homossexual para referir-se aos grupos formados por pessoas que participaram da defesa de direitos sexuais e utilizaram sua experiência para organizar iniciativas voltadas a pressionar o poder público a agir diante dos casos de Aids no Brasil e na construção das primeiras respostas a epidemia, sobretudo nas décadas de 1980 e 1990. Por Movimento Homossexual, recorre-se a definição de Facchini (2003), que o comprehende “como o conjunto das associações e entidades, mais ou menos institucionalizadas, constituídas com o objetivo de defender e garantir direitos relacionados à livre orientação sexual e/ou reunir, com finalidades não exclusivamente, mas necessariamente políticas, indivíduos que se reconheçam a partir de qualquer uma das identidades sexuais tomadas como sujeito desse movimento”. (Facchini, 2003, p. 84).

parte dos mais conservadores, contribuíram para que o Brasil superasse as projeções pessimistas da Organização Mundial da Saúde (OMS).

O engajamento do governo federal favoreceu a incorporação de demandas do Movimento Social de Aids, inclusive no cenário internacional. O acesso universal e gratuito ao tratamento antirretroviral (TARV) e o posicionamento a favor da quebra de patentes de medicamentos antirretrovirais fizeram com que o país assumisse uma nova condição diante do mundo, tornando-se uma liderança global de saúde, um exemplo a ser seguido.

Os referidos marcos se deram na presidência de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003). Considera-se que neste período a Política de Prevenção ao HIV alcançou seu melhor momento, principalmente no que tange à relação com a sociedade civil. A boa fase não significa a inexistência de conflitos e tensões, mas indica a existência de uma conjuntura favorável a acordos e concessões (de ambas as partes).

A prevenção que se fortaleceu na coletividade tornou-se cada vez mais individualizada, especialmente a partir do início dos anos 2010, durante a presidência de Dilma Rousseff (2011-2016). Esse processo reflete o contexto conturbado da política brasileira e o enfraquecimento da relação do Movimento Social de Aids com o Ministério da Saúde. Soma-se a este cenário as tendências internacionais de biomedicalização da resposta à epidemia.

Globalmente se discute o fim da epidemia, para enfrentá-la, estabelecem-se metas. A Aids poderia deixar de ser um problema de saúde pública mundial, mas, na prática, a estratégia global sofre com restrições orçamentárias e, influenciada pela lógica neoliberal de instituições como o Banco Mundial, adota-se critérios econômicos para estabelecer o custo-benefício da prevenção. As intervenções sociais e individuais são deixadas em segundo plano, enquanto as intervenções biomédicas ganham maior destaque sob a promessa de que a prevenção seria mais prática e acessível.

De fato, avanços tecnológicos ampliam as possibilidades de prevenir a infecção pelo HIV e podem colaborar para a adesão ao tratamento. Para tanto, seria necessário que todas as pessoas tivessem acesso às novas tecnologias e, conjuntamente, às respostas sociais. Essa não é a realidade global e, muito menos, a brasileira. Em meio a pretensas respostas rápidas, a prevenção perdeu o ritmo. Somada à falta de disposição política para promover mudanças estruturais, governos colocaram as intervenções biomédicas como única via para enfrentar a epidemia. Visando fazer

mais com menos, produzem uma resposta “mais ou menos”, uma resposta incompleta.

No Brasil, a prevenção tornou-se alvo de sucessivos ataques. O diálogo com a sociedade civil sofreu tensionamentos. Campanhas de prevenção estiveram no centro de polêmicas por ousarem dar protagonismo às populações mais vulneráveis. A repercussão negativa pressionou o governo federal fazendo com que o Ministério da Saúde se esquivasse de campanhas de prevenção mais explícitas, acovardando-se.

Os ataques acarretaram desinformação e “terrorismo” moral. Atores políticos ganharam notoriedade na imprensa e ampliaram sua capacidade de influenciar a opinião pública, levantando a bandeira da defesa da família. A pressão da Frente Parlamentar Evangélica foi exitosa. O governo federal censurou campanhas e retirou materiais educativos de circulação, apesar das reações da sociedade civil. E, seguindo uma tendência global e atendendo conveniências políticas, a prevenção no Brasil foi reduzida ao preservativo, à testagem e ao tratamento. Todo o cenário descrito é montado durante o governo da primeira mulher eleita para ocupar a presidência do Brasil.

Dilma, presa e torturada pelo regime civil-militar, ministra do Lula com fama de “durona”, enfrentou crise econômica, comparações com seu antecessor, desastre ambiental, vaias, machismo, um oponente que não reconheceu a derrota e um vice-presidente que articulou sua queda. As negociações no campo partidário intensificaram-se e as decisões do alto escalão do governo, tomadas em nome da governabilidade, contribuíram para ascensão da nova direita⁴ no país e para que no futuro perdas ainda maiores ocorressem, inclusive no campo da prevenção.

Enquanto o Movimento Social de Aids enfrentava dificuldades devido à escassez de financiamento, causada principalmente pela retirada de recursos internacionais, o governo federal ocupava-se em esconder a sexualidade das políticas de saúde e educação. O sexo e a sexualidade saíram de cena, foram colocados no armário. A prevenção virou moeda de troca enquanto o discurso oficial indicava que a epidemia – concentrada – estava sob controle no Brasil.

A suposta estabilidade da reflete a utilização superficial dos dados epidemiológicos sobre a população geral no país. Quando consideradas variáveis

⁴ A discussão proposta baseia-se no conceito defendido por Pereira (2020). Para a autora, a nova direita é a “fusão orgânica” entre o neoliberalismo e o neoconservadorismo (Pereira, 2020, p. 96).

como faixa etária, raça/cor, sexo e região do país, os números evidenciam que a epidemia cresce entre populações específicas.

Entre 2011 e 2016, a taxa de detecção da Aids no país passou de 22,5 para 19,5 casos por 100 mil habitantes, indicando a estabilização da epidemia naquele momento. No entanto, a estabilidade apresentada pelos dados gerais esconde o avanço da epidemia em populações específicas, como a jovem e a negra. No mesmo período, a taxa de detecção da Aids em homens jovens cresceu 53,2% na faixa etária dos 15 aos 19 anos e 36,5% na faixa dos 20 aos 24 anos. Quando considerada a categoria raça/cor, nota-se um desequilíbrio na distribuição de novos casos. Em 2011, pessoas brancas representavam 44,8% dos casos, enquanto pessoas pretas e pardas somadas representavam 46,2%. Já em 2016, as pessoas brancas correspondiam a 39,4%, enquanto pretas e pardas a 53,7%. (Brasil, 2022, p. 46, 52 e 58).

Estudos de prevalência demandados pelo Ministério da Saúde estimaram a concentração do HIV em determinadas populações. Em mulheres transexuais, a prevalência do vírus é estimada em 31%, em homens que fazem sexo com homens (HSH) trabalhadores do sexo (com mais de 18 anos), 15%; já em HSH (geral), 10%; enquanto em mulheres trabalhadoras do sexo a prevalência é de 4,9%. O resultado dos estudos evidencia a maior vulnerabilidade dessas populações, especialmente quando comparadas com a prevalência do HIV na população geral (0,4%). (Brasil, 2017, p. 27).

Aspectos territoriais também devem ser observados com atenção. No período em questão, todos os estados da região Sudeste e Sul obtiveram redução das taxas de Aids, com destaque para São Paulo (-23,3%) e para o Rio de Janeiro (-20,8%), que historicamente apresentam índices elevados da doença. No Nordeste, dos 9 estados que compõem a região, 7 apresentaram aumento da taxa. No Centro-Oeste a tendência é de aumento, com exceção do Distrito Federal que manteve estabilidade. No Norte, os estados do Pará (+50,3%) e Amapá (+24,6%) apresentaram o mais expressivo aumento da taxa no país. (Brasil, 2022, p. 60).

Os dados apresentados ilustram um panorama da epidemia entre 2011 e 2016, período em que Dilma ocupava a presidência. Por ora esses dados são suficientes para demonstrar que a epidemia de HIV e Aids não é uniforme, não há controle. A limitação dos recursos financeiros induz gestores/as de todo o mundo, inclusive no Brasil, a reduzirem as iniciativas voltadas à população geral e focalizarem nas populações “responsáveis” por elevarem suas taxas de detecção e de mortes.

Como argumentado anteriormente, a década de 1990 é considerada a de maior empenho do governo federal na Política de Prevenção ao HIV e no fortalecimento do diálogo com o Movimento Social de Aids. Justamente no período de intensificação da implementação de políticas neoliberais no país, ocorre o alinhamento desta Política aos princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), diferenciando-se da gestão de outras políticas nacionais de saúde.

Já na década de 2010, durante a presidência de Dilma, iniciou-se uma crise sem precedentes na Política de Prevenção. Retrocessos inéditos ocorreram em detrimento de interesses partidários. Os posicionamentos do governo federal diante da pressão da Frente Parlamentar Evangélica foram severamente criticados por parte da sociedade civil. A condução da Política Nacional passou a seguir tendências internacionais, distinguindo-se do passado, quando o país se destacava por seu pioneirismo e sua autenticidade.

Tendo em vista tais considerações, a elaboração deste trabalho norteou-se pela seguinte questão: quais processos políticos e sociais estabeleceram as condições necessárias para que a Política de Prevenção do HIV e Aids entrasse em crise durante os mandatos de Dilma Rousseff?

A presente tese tem como objetivo geral investigar a crise da Política de Prevenção do HIV e Aids no Governo Dilma, considerando seu contexto e suas contradições, as quais são inerentes às alianças formadas naquela ocasião.

Dentre os objetivos específicos estão:

- a) Compreender o modelo de resposta ao HIV e Aids originado no Brasil;
- b) Analisar a contribuição dos movimentos sociais no desenvolvimento da Política Brasileira de Prevenção;
- c) Apresentar os desdobramentos dos acordos político-partidários estabelecidos no governo de Dilma Rousseff na condução da Política de Prevenção;
- d) Revelar as limitações da centralidade biomédica no enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil.

A epidemia gerou debates públicos, produção de estereótipos e reações que a tornaram diferente de qualquer outra questão de saúde. Ela adentrou o campo do medo, do desejo, dos limites impostos, das relações sociais, afetivas, sexuais, entre outros. Por alcançar diferentes áreas da vida social, as estratégias de prevenção

demandam um olhar amplo e interdisciplinar para questões sociais, individuais, territoriais, políticas e econômicas que interferem diretamente na geração de vulnerabilidades.

Ao desconsiderar tais repercussões na formulação desta Política, corre-se o risco de produzir estratégias ineficazes. A epidemia reflete os esforços que são direcionados – ou não – para sua erradicação. Durante os governos da presidenta Dilma Rousseff a interferência político-partidária imposta por aliados do governo e a centralidade biomédica das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde marcaram a condução da Política Brasileira de Prevenção ao HIV e Aids.

Diante dos retrocessos que culminaram na crise da Prevenção no governo Dilma e dos ataques ao SUS que ocorreram após o seu impeachment, tornar-se relevante compreender as particularidades da condução desta política no período em questão.

Aspectos metodológicos

O presente trabalho é resultado de um encontro inesperado proporcionado pela formação profissional. A aproximação com a Política Prevenção ao HIV e Aids se inscreve no contexto do cumprimento do estágio curricular em serviço social. Durante os anos de 2011 e 2012, o Programa Municipal DST/Aids e Hepatites Virais de Campos dos Goytacazes/RJ, acolheu e motivou curiosidades.

A observação, etapa fundamental no processo de estágio, permitiu que a realidade do município se tornasse objeto de estudo na etapa final da graduação. Mulheres grávidas geravam uma alta demanda pelos serviços ofertados pelo Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). A quantidade expressiva de usuárias, os espaços não tão adequados para o desenvolvimento das atividades propostas, a limitação de vagas para testagem e o número reduzido de profissionais tornaram-se uma inquietação constante.

Ocorre que a alta demanda do CTA refletia as falhas na Atenção Básica do município. As testagens deveriam acontecer nas unidades básicas de saúde (UBSs) em que as usuárias faziam o acompanhamento pré-natal. Naquela ocasião as testagens realizadas em UBS eram escassas e, por isso, as mulheres em questão procuravam o CTA para realizar as testagens para HIV, sífilis e hepatites B e C,

conforme recomendação do Ministério da Saúde, no âmbito das estratégias da Rede Cegonha⁵.

Logo constatou-se que a falta de insumos, de profissionais qualificados para a realização da testagem, a falta de habilidade e, possivelmente, de interesse das administrações das UBSs (e do município) tornava o CTA a única alternativa para o cumprimento das recomendações. A sobrecarga do serviço era um dos reflexos das fragilidades do processo de descentralização da testagem na Atenção Básica.

O interesse pela Política de Prevenção permaneceu e gerou novas inquietações que conduziram o trajeto até aqui. Os limites impostos para o êxito das estratégias de prevenção e a sua condução nos governos Dilma, revelam inúmeras contradições, algumas delas apresentadas no decorrer deste trabalho.

A análise da trajetória da Política de Prevenção ao HIV e Aids no Brasil requer atenção para as diferentes dimensões que a integram, seja elas históricas, políticas, sociais e econômicas. Sobretudo, é necessário situá-la no campo que ocupa no contexto brasileiro. Enquanto política social, inserida no Sistema Único de Saúde, está sujeita às correlações de forças e às disputas presentes no interior de um Estado neoliberal, em que a saúde é tida como despesa e os princípios que a sustentam são constantemente atacados.

Pereira (2020, p. 88) ressalta que as políticas sociais são pensadas para atender as demandas geradas pelas contradições existentes na relação desigual entre capital-trabalho. Conforme Behring e Boschetti (2006, p. 39), demandam a análise atenta sobre a realidade em que estão inseridas, a partir da compreensão dialética desse contexto. A fim de compreender os processos sociopolíticos que desencadearam a crise da política de prevenção, tendo em vista o avanço da nova direita no Brasil nos governos Dilma, desenvolveu-se uma pesquisa social documental em saúde, de abordagem qualitativa e método dialético.

A pesquisa social é definida por Minayo (2014, p. 47) como “os vários tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica”. Quando aplicada ao campo da saúde, tais investigações se encarregam de analisar o “fenômeno saúde/doença” assim

⁵ A Rede Cegonha foi instituída no âmbito do SUS pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. A estratégia tem com o objetivo “assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis”. (Brasil, 2011, s/p).

como, da atuação dos segmentos envolvidos. No mais, a autora enfatiza que neste campo, a realidade deve ser analisada em sua totalidade, reunindo diversas áreas do conhecimento e considerando diferentes dinâmicas de vida. (Minayo, 2014, p. 53).

Optou-se pela utilização de fontes documentais, considerando a extensa produção de registros relacionados à epidemia de Aids no Brasil. O acesso à acervos digitais, organizados e mantidos pelos movimentos sociais, possibilitou que os fatos históricos fossem compreendidos a partir do olhar daqueles/as que o acompanharam de perto. Os acervos também foram importantes na pesquisa bibliográfica, já que muitos conceitos incorporados pela Política de Aids no Brasil foram criados ou melhor articulados pelo movimento social.

O acervo digital do Centro de Documentação Prof. Dr. Luiz Mott (Cedoc), do Grupo Dignidade, reúne documentos sobre a temática LGBTQIAPN+ produzidos nacional e internacionalmente correlacionados às diversas políticas, como educação e saúde. No acervo foi possível acessar a versão digitalizada de edições do jornal O Lampião da Esquina, materiais produzidos pelo Grupo Dialogay e pelo Grupo Gay da Bahia (GGB), além de campanhas de prevenção promovidas pelos movimentos sociais. O Grupo Dignidade mantém um espaço físico em sua sede que acolhe o acervo físico (Cedoc, 2021, p. 4).

O acervo da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) e biblioteca digital do Projeto Diversidade Sexual, Saúde e Direitos entre Jovens da Abia foram utilizados na pesquisa documental e na pesquisa bibliográficas. A ABIA produz sistematicamente desde 1988, boletins que abordam as questões mais urgentes no campo da Aids, além de livros, campanhas e materiais informativos. A ABIA é historicamente relevante por destacar-se “como um dos grupos que deram maior impulso à reflexão sobre a epidemia e seu impacto na sociedade” (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015a, p. 74). Parte importante da intelectualidade envolvida na discussão da Aids no Brasil é ou foi ligada a ela, como Herbert de Souza (Betinho) e Herbert Daniel. Os documentos produzidos pela Associação foram importantes para identificar os pontos de tensão entre a sociedade civil e o governo federal.

A fim de identificar as reações desencadeadas pelas decisões governamentais foram consultadas as atas das reuniões da Comissão Nacional de DST, Aids e

Hepatites Virais (CNAIDS)⁶ e do Conselho Nacional de Saúde⁷ (CNS) disponíveis nos seus respectivos sites oficiais. A partir da análise desses documentos, estabeleceu-se os critérios para a seleção dos dados secundários referentes aos anos de 2011 a 2016 disponíveis no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e a subsequente identificação dos perfis pertinentes para entender a dinâmica da epidemia brasileira no período em questão. De modo complementar, consultou-se os Boletins Epidemiológicos produzidos pelo atual Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi) e documentos elaborados pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS).

Além dos acervos supracitados, recorreu-se aos acervos digitais dos jornais O Globo e O Estado de São Paulo. A escolha por esses jornais se deu pela facilidade de acesso aos acervos. Para filtrar os resultados das pesquisas foram utilizadas as palavras-chave “hiv aids” e selecionado o período de 2011 a 2018. Levou-se em consideração a pertinência das publicações para o debate em questão, seja por tratarem diretamente sobre a epidemia de HIV e Aids no Brasil, seja por revelar tensões político-partidárias na esfera federal que pudessem estar relacionadas com a condução da Política Nacional.

A abordagem qualitativa atende adequadamente as “investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos” (Minayo, 2014, p. 57), contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa social documental em saúde realizada para a elaboração do presente trabalho.

Considerando as complexidades, contradições e transformações que a Política Brasileira de Prevenção ao HIV e Aids está inserida, optou-se pelo método dialético para investigar o contexto político, social e econômico dos governos Dilma. A dialética colabora para a compreensão da realidade, suas contínuas movimentações, transformações e, essencialmente, suas contradições (Richardson, 2017, p. 33).

Sendo assim, os fenômenos sociais podem ser interpretados considerando suas interligações. Conforme salienta Gil (2019), o método dialético contrapõe perspectivas que analisam os fatos sociais de forma isolada, desconsiderando as

⁶ Pesquisa iniciada em 01/05/2023 e finalizada em 09/10/2023 (<https://www.gov.br/aids/pt-br>).

⁷ Pesquisa realizada em outubro de 2024 (<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br>).

múltiplas interferências que os envolvem e definem, valorizando os aspectos qualitativos dessa interpretação. (Gil, 2019, p. 14).

A estruturação da tese visa contemplar os objetivos elencados, a fim de desenvolver uma abordagem fundamentada acerca dos elementos políticos, históricos e sociais que compõem a trajetória da prevenção no Brasil, com ênfase nos governos Dilma. Nesse sentido, no capítulo 1, “Política de Prevenção ao HIV e Aids no âmbito das políticas sociais no Brasil”, pretende-se contextualizar o cenário sociopolítico brasileiro na década de 1980, as contribuições do Movimento da Reforma Sanitária e do Movimento Homossexual na elaboração das primeiras iniciativas de prevenção, especialmente daquelas advindas do que mais tarde se tornaria o Movimento Social de Aids brasileiro. No capítulo em questão, serão abordados os elementos que favoreceram a implementação dessa política, como a Constituição Federal de 1988, as mudanças do modelo de saúde brasileiro a partir da criação do Sistema Único de Saúde e as particularidades que fizeram com que o enfrentamento à Aids se tornasse uma política de Estado exitosa, apesar da rápida adesão à agenda neoliberal pelo governo federal.

No capítulo 2, “Os significados sociais da Aids”, discute-se os elementos formadores da construção social da epidemia, os estigmas e preconceitos contra pessoas com HIV e os grupos culpabilizados por sua propagação. Opondo-se à discriminação e ao punitivismo presentes nos discursos de pânico e medo, que sustentavam as limitadas e ineficientes ações de controle da epidemia, surge um contradiscorso fundamentado no princípio de solidariedade.

Pode-se considerar que a ousadia do movimento social contagiou o Ministério da Saúde. Durante alguns anos as campanhas de prevenção do órgão foram consideradas inovadoras e, por isso, criticadas por alguns setores. A boa relação entre ativistas e burocratas da saúde renderam bons resultados para ambos, culminando no reconhecimento internacional da Política Brasileira mesmo diante da ofensiva neoliberal que enfraqueceu as conquistas constitucionais.

No capítulo 3, “Análise conjuntural dos governos Dilma: o fim da ousadia na prevenção”, pretende-se contextualizar as limitações políticas enfrentadas pela presidente. Para tanto, faz-se necessário apresentar as contradições do governo que a antecedeu. Durante a presidência, Luís Inácio Lula da Silva não só manteve os princípios econômicos de seu antecessor, Fernando Henrique Cardoso, como fez alianças fortes com setores neoconservadores. Nota-se que no governo de Lula

ocorre a desmobilização do Movimento Social de Aids. As concessões e desmobilizações são intensificadas no complexo cenário político no governo Dilma Rousseff. A maneira ousada como a prevenção se forjou no Brasil foi abandonada na década de 2010.

Mesmo cedendo às conveniências político-partidárias, o governo e aliados não conseguiram impedir a deposição da presidente Dilma. Mas o jogo político foi suficiente para colocar a prevenção do HIV e Aids em risco. Diante dos recuos na política e da adesão a tendências globais, a prevenção é reduzida às intervenções biomédicas. A repercussão das prioridades estabelecidas pelo governo federal conduz a discussão do capítulo 4, “Biomedicalização da prevenção: o risco de uma política de mão única”, em que se apresentam contrapontos entre discursos e dados, assim como os desenlaces de governos subsequentes (Temer e Bolsonaro) quanto à Política de HIV e Aids.

A Política de Prevenção nos governos Dilma faz parte da história recente do país, a escassez de estudos específicos e aprofundados sobre a trajetória dessa política nesse período torna a pesquisa pertinente.

1 POLÍTICA DE PREVENÇÃO AO HIV E AIDS NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL

“Tal país, tal epidemia”.
(Abia, 1988).

A epidemia de Aids se diferenciou de qualquer outra por desencadear discussões que, até então, não integravam o campo da saúde. A recente epidemia de COVID-19 retomou questões levantadas, quase que de maneira inaugural, pela Aids. Nas duas ocasiões a pauta dos direitos humanos ganhou notoriedade diante de práticas discriminatórias, que culpabilizavam alguns grupos pelo surgimento e propagação da doença, e dos interesses econômicos que restringiam o acesso a insumos importantes para conter o avanço do vírus e, assim, salvar vidas.

A experiência global da Aids foi fundamental para o desenvolvimento de ações de prevenção e cuidado no contexto da COVID-19. As semelhanças são muitas. Assim como ocorreu na Aids, desacreditou-se dos impactos que a COVID-19 poderia causar. A Aids foi rotulada como “peste gay”, o coronavírus como “vírus chinês”. As estratégias de prevenção foram alvo de descrédito. Primeiras impressões foram propagadas como verdades absolutas. O pânico inquietou o mundo. Nos dois casos se buscou justificativas para o surgimento do vírus. De quem era a culpa?

Considerando as particularidades históricas e os impactos causados, muito maior no caso do Coronavírus devido à sua rápida propagação e número de mortes, ambas abalaram os sistemas de saúde e evidenciaram que as desigualdades socioeconômicas estão diretamente relacionadas ao adoecimento das pessoas. Portanto, ao analisar uma política de saúde, é necessário ter em mente que nenhuma questão de saúde pode ser compreendida desconsiderando aspectos sociopolíticos que a forjaram e a transformaram em determinando momento histórico. A própria existência da política é resultado desse processo, assim como sua manutenção e transformação.

No que diz respeito à Aids, convém destacar dois campos fundamentais para a construção da resposta brasileira nos moldes que surpreenderam o mundo: a luta pelo direito à saúde e por direitos sexuais. Tais lutas se encontram com a chegada da epidemia. Tanto o Movimento da Reforma Sanitária quanto o Movimento Homossexual contribuíram para a formação do Movimento Social de Aids. Após a Constituição de 1988, as políticas sociais foram limitadas por governos adeptos à

agenda neoliberal. No entanto, a resposta brasileira ao HIV e Aids, entre altos e baixos, conseguiu se firmar e ser reconhecida por seus bons resultados.

1.1 Bases organizacionais do Movimento Homossexual

Antes mesmo dos primeiros casos de Aids surgirem no Brasil, as notícias assustavam a população ao anunciar seus horrores. Inicialmente intitulada “peste gay” ou “câncer gay”, os meios de comunicação refletiam o preconceito da sociedade contra a comunidade homossexual. Décadas antes da Aids surgir como um desafio para saúde pública mundial, o Movimento Homossexual e movimento feminista, que comungavam da luta em prol da liberdade sexual, confrontavam tabus estabelecidos por séculos.

Como salienta o antropólogo MacRae (2018), no Brasil, a epidemia chega em um momento de visibilidade da causa homossexual. O autor difere dois aspectos dessa visibilidade: o comercial e a militância. O público gay passou a ser notado como um segmento consumidor, resultando em produtos e estabelecimentos direcionados a atendê-los. O segundo aspecto é ação de grupos dedicados à defesa dos direitos civis dessa população. No Brasil o impacto desse movimento não foi tão amplo quanto o que se viu nos Estados Unidos, mas os espaços conquistados contribuíram para que as reivindicações de grupos ativistas ganhassem legitimidade social. (MacRae, 2018, p. 78 e 79). A conjuntura política e social limitou o crescimento desses grupos no país.

O Movimento Homossexual brasileiro surge de forma tardia quando comparado com os que ocorreram em outros países, como a Argentina. Apesar das mudanças culturais e sociais ocorridas na década de 1960 e início da década de 1970, o Ato Institucional nº 5 (AI-5) decretado por Costa e Silva, inviabilizou qualquer chance de organização política de homossexuais no país. No entanto, mesmo diante da violência do AI-5, e contraditoriamente, entre 1968 e 1973, o Brasil experimenta um crescimento econômico que resulta no aumento do consumo, principalmente da classe média, abrindo brecha para o surgimento de estabelecimentos em que a sociabilidade LGBTQIAPN+⁸ se dava de forma mais tranquila. (Green, 2022, p. 5 e 6).

⁸ A partir desse ponto adota-se a sigla LGBTQIAPN+ para referir-se à comunidade formada por pessoas cujas identidades/expressões/orientações sexuais e de gênero divergem dos padrões heteronormativos impostos socialmente. Optou-se por utilizar a sigla em momentos históricos em que ela inexistia, sempre que possível, por compreender-se que certas identidades sociais sofreram um

Quinalha (2022, p. 36) também evidencia que os efeitos do contexto econômico da época para a expansão de grandes centros urbanos e, como consequência, em novos espaços para a sociabilidade LGBTQIAPN+. O autor destaca que esse processo não foi acessível para a população mais pobre, que não pode usufruir desses espaços que, para além dos aspectos militantes, possibilitavam o entrosamento social, novas relações de amizades e sexuais, na formação de redes de apoio sem o risco de atrair olhares de condenação (Quinalha, 2022, p. 36).

O crescimento e fortalecimento de um “gueto” criaram novas oportunidades de sociabilidade e sexo, à medida que as pessoas circulavam por espaços urbanos, onde se podiam conhecer outras, que compartilhavam práticas sexuais, românticas e sociais semelhantes (Green, 2022, p. 6).

Após o período de crescimento econômico, a partir de 1974, o cenário muda radicalmente, a economia nacional sofre com a crise internacional do petróleo e o aumento da inflação. O Movimento Democrático Brasileiro, o MDB, opositor do regime ditatorial, obtém bons resultados nas eleições para o Congresso Nacional. As críticas ao regime são intensificadas por jornais “alternativos”, apesar da censura. Soma-se a estes fatores a morte de Vlamir Herzog, no final de 1975, e o retorno do movimento estudantil com a formação do Diretório Central de Estudantes da Universidade de São Paulo no ano seguinte. (Green, 2022, p. 6).

É no contexto de enfraquecimento do regime militar, na segunda metade da década de 1970, que são datados os primeiros registros bibliográficos do Movimento Homossexual. As reivindicações dos ativistas da causa gay iam ao encontro aos movimentos de democracia política. (Facchini, 2003, p. 84).

O apagar das luzes da ditadura militar coincidia com um otimismo cultural e social bastante generalizado, e os rapazes e moças que fizeram acontecer o movimento homossexual sonhavam com uma sociedade mais justa e igualitária e, sobretudo, uma sociedade em que sua homossexualidade, liberta de todos os tabus, poderia ser celebrada sem restrição⁹ (Peter Fry, 1989, p. 9).

Montaño e Diriguetto (2013, p. 292) ressaltam que no Brasil, seguindo uma tendência latino-americana, entre as décadas de 1970 e 1980, muito integrantes de movimentos homossexuais tinham passado por experiências em partidos comunistas

processo de invisibilidade, inclusive no próprio Movimento Homossexual, impossibilitando que suas reivindicações e especificidades fossem reveladas. Da mesma maneira que a sigla mais atual não significa que outras ainda não nominadas inexistam.

⁹ Prefácio do livro “A construção da igualdade - política e identidade homossexual no Brasil da ‘abertura’.” Edward MacRae, 2018.

e de esquerda. No entanto, as questões pertinentes à sexualidade não tinham visibilidade nesses espaços. É a epidemia de Aids que evidencia a natureza democrática das reivindicações do Movimento Homossexual.

É importante lembrar, contudo, que a maioria da esquerda nem sempre foi tão receptiva com os gays e lésbicas e com suas lutas, consideradas por setores da esquerda como de “natureza menor”. O Movimento LGBT amplia e afirma-se no decorrer do processo de democratização dos países latino-americanos, muito também em função da reação aos ataques e ao aumento do preconceito decorrentes do surgimento da epidemia da Aids, considerada, pelos setores conservadores da sociedade, uma peste gay. (Montaño; Diriguetto, 2013, p. 292).

MacRae (2018) argumenta que a tentativa de pautar tais questões no ambiente político socialista foram frustradas pela falta de interesse de integrantes desses movimentos. O autor recorda um episódio ocorrido na Semana do Movimento da Convergência Socialista, em abril de 1978. A participação dos representantes do jornal *Lampião da Esquina*¹⁰ sofreu um boicote. Integrantes da Convergência decidiram não incluir o *Lampião* no dia dedicado ao debate sobre imprensa alternativa, excluindo a representação e exposição da causa homossexual. O autor salienta que a iniciativa de boicotar a participação do jornal foi pontual e que não foi orquestrada pela organização do evento. A arbitrariedade justificava-se pelo possível afastamento da classe operária diante das reivindicações de homossexuais. O que rapidamente demonstrou-se falso, com o início do debate sobre a homossexualidade e política acarretado pelos protestos contra o boicote. (MacRae, 2018, p. 166, 168-172).

O episódio ilustra os enfrentamentos que, mais tarde, o Movimento Homossexual vivenciaria. MacRae (2018) enumera as diferenças de pensamentos existente em meio as tentativas de formação de um grupo homossexual. Alguns entendiam que a ênfase deveria ser no aspecto político, outros mais voltadas a sociabilidade homossexual e suas particularidades.

Assim como aconteceu na geração pós-Stonewall nos Estados Unidos, as disputas em torno do que e de como deveria ser a luta por liberdade sexual dividiram, desde a primeira hora, o movimento. Isto porque, apesar de uma visão bastante difundida – e equivocada – que tende a considerar a comunidade LGBTI+ como um universo homogêneo só porque se trata de um “outro” da norma, há, nesse grupo, uma diversidade e uma pluralidade incontornáveis. Marcadores sociais de diferença como classe, raça, território, idade, gênero, ideologias atravessam esses corpos, forjando sujeitos com

¹⁰ O *Lampião* foi um jornal voltado para temas de interesse de homossexuais. Sua primeira edição ocorreu em maio de 1978. (MacRae, 2018, p. 175).

visões diferentes em torno das suas próprias identidades e posições no mundo (Quinalha, 2002, p. 37).

Nesse período nasce o jornal *Lampião da Esquina*, um marco importante para os movimentos por direitos civis e políticos. A edição experimental (Lampião, 1978), nº 0, trazia uma indagação em seu editorial intitulado “Saindo do Gueto”: “Mas um jornal homossexual, para quê?”, apresentando a seguinte resposta: “é preciso dizer não ao gueto e, em consequência, sair dele” (p. 2). Esse editorial demarcava a posição do jornal na reivindicação do reconhecimento da condição humana e, portanto, como possuidores/as de direitos, das pessoas cuja sexualidade/identidade não correspondia aos padrões estabelecidos. O *Lampião* pretendia dar voz aos homossexuais, mas não só, propunha-se a abrir espaço para grupos que sofriam discriminação, como negros, indígenas e mulheres.

O jornal foi fundado por intelectuais, escritores e jornalistas (Green, 2022, p. 7). Seu conselho editorial tinha ativistas como Darcy Penteado¹¹, João Silvério Trevisan¹² e Peter Fry¹³. Seus colaboradores eram de diferentes partes do país, como Caio Fernando Abreu¹⁴, que vivia em Porto Alegre/RS e Gilmar de Carvalho¹⁵ de Fortaleza/CE (Jornal *Lampião da Esquina*¹⁶).

Como relembra MacRae, no final da década de 1970, em meio a uma conjuntura de contestação, surgem, a partir de iniciativas individuais, pequenos grupos de homossexuais que reivindicavam espaço e denunciavam a discriminação que sofriam (MacRae, 2018, p. 175). Em maio de 1978, nasce em São Paulo o Núcleo de Ação pelos Direitos dos Homossexuais (Green, 2018, p. 14), primeiro grupo homossexual do Brasil, rebatizado em dezembro de 1978 como Grupo Somos de Afirmação Homossexual (MacRae, 2018, p. 177). O Grupo, formado por “estudantes,

¹¹ Darcy Penteado foi um artista plástico brasileiro. Faleceu em dezembro de 1987. Estava entre as lideranças dos protestos contra a violência policial que atingia prostitutas e população LGBTQIAP+ que frequentavam as áreas centrais na noite paulistana (Simões, 2018, p. 41).

¹² João Silvério Trevisan é um ativista brasileiro da causa LGBTQIAP+, diretor, roteirista e escritor. Foi um dos fundadores do Grupos SOMOS de Afirmação Homossexual (Ver mais em: <https://memorialdaresistencia.org.br/pessoas/joao-siliverio-trevisan/> - Acesso em 18 out 2024).

¹³ Peter Fry é antropólogo e pesquisador anglo-brasileiro.

¹⁴ Caio Fernando Abreu foi um contista, romancista, dramaturgo e jornalista brasileiro. Faleceu em 1996 (Ver mais em: <http://enciclopedia.itaucultural.org.br/pessoa7402/caio-fernando-abreu>. Acesso em: 18 out 2024).

¹⁵ Gilmar de Carvalho foi um pesquisador, professor, jornalista e escritor brasileiro. Faleceu em abril de 2021 (Ver mais em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-05-18/gilmar-de-carvalho-guardiao-da-cultura-brasileira.html>).

¹⁶ Informações retiradas do Jornal *Lampião da Esquina*, edição experimental, nº 0.

artistas e intelectuais" (Montaño; Dirigetto, 2013, p. 292), teve como inspiração as provocações e a ousadia do jornal Lampião (Green, 2022, p. 7).

Entre as atividades do Somos-SP estão o apoio ao jornal Lampião, quando acusados de violarem a Lei de Imprensa; participação em uma manifestação pública organizada pelo Movimento Negro Unificado; presença nas passeatas em apoio aos grevistas do ABC paulista no dia 1º de maio de 1980 e a mobilização contra a repressão policial comandadas pelo delegado Wilson Richetti (Green, 2022, p. 7 e 8).

Figura 1 – Integrantes do Somos na manifestação contra o delegado Richetti



Fonte: Acervo Memória da Democracia.

A “Operação Rondão” ou “Operação Limpeza” das polícias civil e militar de São Paulo, lideradas por Richetti, em maio de 1980, tinha como objetivo dispersar frequentadores/as que se concentravam em espaços públicos das áreas centrais – e de classe média – da cidade. A movimentação noturna incomodava parte significativa de comerciantes e moradores da região, que viam com bons olhos as investidas policiais. As abordagens eram violentas, principalmente contra travestis e prostitutas. Pessoas eram detidas para averiguação sem justificativas legais, algumas enquadradas por vadiagem. As arbitrariedades lideradas por Wilson Richetti pressionaram os/as frequentadores da vida noturna do centro de São Paulo, sobretudo homossexuais, a recorrerem aos estabelecimentos fechados. (Simões, 2018, p. 39 e 40).

Contra a violência instaurada, centenas de pessoas engajadas em movimentos sociais, como feministas, estudantes e Movimento Negro foram às ruas protestar. A manifestação contou com o apoio de deputados do Partido dos Trabalhadores (PT) e militantes da Convergência Socialista. O protesto tornou-se uma passeata acompanhada pela polícia, porém sem intervenção dela. O ato público, iniciado despretensiosamente, tornou-se a maior ação do movimento até aquele momento. (Simões, 2018, p. 40).

O deboche e irreverência dos/as manifestantes reproduz uma característica marcante do Movimento Homossexual, que posteriormente, foi incorporada ao Movimento Social de Aids brasileiro.

Era um bando insólito de gente alegre, desfilando pelas ruas do centro de São Paulo, entre abraços, beijos e muita desmunhecação, entoando refrões como: “Agora, já, queremos é fechar”; “ABX, libertem os travestis”; “Lutar, vencer, mais amor e mais prazer”; “Um, dois, três, Richetti no xadrez”; “Richetti enrustida, deixa em paz a nossa vida”, “Richetti é louca, ela dorme de touca”. Feministas puxaram o coro “Somos todas putas!”, acompanhado por todos os participantes (Simões, 2018, p. 40).

A manifestação contra a violência policial foi um acontecimento importante para o Somos, que naquele momento estava desarticulado, como relembra Simões (2018). Apesar das diferenças, a mobilização demonstrou que existiam pontos importantes que uniam ex-integrantes do grupo (p. 40).

As divergências fizeram com que o Somos-SP precisasse lidar com a diversidade de pensamentos e de prioridades entre os seus integrantes. Para parte do grupo, as questões políticas de esquerda deveriam fazer parte das atividades do grupo, argumentando que as desiguais relações de classe e seus rebatimentos no mundo do trabalho estavam interrelacionadas com a discriminação que sofriam por sua sexualidade. Enquanto uma vertente do Somos-SP, as questões identitárias deveriam ser priorizadas independentemente das questões de classes, sem envolvimento do grupo nas reivindicações que não envolvessem especificamente a discriminação por orientação sexual. (Green, 2018, p. 14 e 15).

Quinalha (2022, p. 36) destaca a importância do Somos no contexto nacional, atribuindo ao grupo o início de “um processo de organização política da comunidade LGBTI+ em diversas partes do Brasil, já no contexto da liberalização da ditadura e com a intensificação das campanhas pela redemocratização e a reorganização dos diversos movimentos sociais”. O autor destaca que nesse período, os grupos eram espaços de “acolhimento coletivo” e possibilitava que seus membros pudessem

compartilhar suas vivências, enquanto homossexual, de forma segura. Quinalha classifica esse movimento como “um autêntico processo de criação coletiva de consciência” acerca múltiplas formas de ser homossexual. (Quinalha, 2022, p. 36).

Assim como o Somos-SP, surgiram outros grupos de homossexuais pelo Brasil. A maior parte deles na região sudeste, no eixo Rio-São Paulo. No entanto, alguns grupos fora desse eixo ganharam destaque no cenário nacional, como o Grupo Gay da Bahia (GGB) e o Dialogay de Aracaju/SE. O GGB foi fundado em 1980 e segue em atividade ininterrupta desde então. O grupo é pioneiro no levantamento de dados sobre a violência contra homossexuais e pessoas trans no país. O GGB contribuiu com o surgimento de outros grupos, como o Dialogay (Quinalha, 2022).

Wellington Andrade, fundador do grupo, participava de uma comunidade de homossexuais católicos, quando conheceu o jornal *O Lampião*. Tocado com as questões levantadas pela publicação, entrou em contato com os editores do jornal e se dispôs a promovê-lo na cidade. O evento de lançamento do Jornal, no início dos anos 1980, marcou o início das primeiras movimentações de homossexuais em Aracaju. Andrade teve o apoio de Luiz Mott, então presidente do GGB. (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015a, p. 139). O Dialogay é fundado em março de 1981. Mais tarde, a parceria com grupo da Bahia é enfraquecida. Após importantes atividades no campo da prevenção da Aids, o Dialogay tem fim no início dos anos 2000. (Melo; Costa; Vasconcelos, 2018).

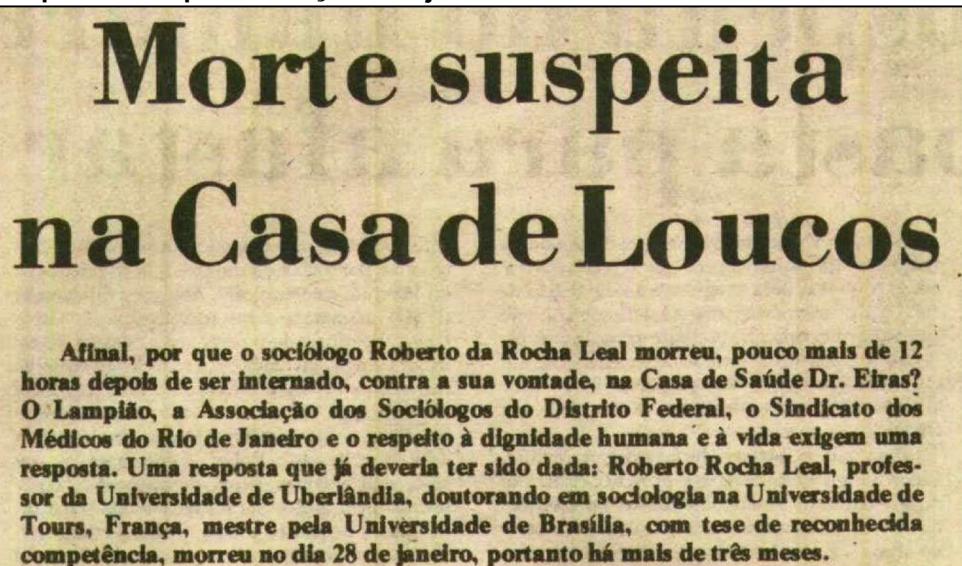
O GGB contribuiu com a luta pela despatologização da homossexualidade e entregou ao então Ministro do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) uma carta aberta exigindo a retirada da definição dada a homossexualidade como “desvio e transtorno mental” (Mott, 2011, p. 25). O grupo promoveu um abaixo-assinado nacional contra o Instituto (Mott, 2011, p. 29). A retirada havia sido pautada anteriormente, em dezembro de 1979, durante um encontro de militantes homossexuais na Associação Brasileira de Imprensa (ABI), no Rio de Janeiro (Mott, 2011, p. 25).

O encontro foi idealizado pelo jornal *Lampião da Esquina* e pelo grupo Somos/RJ, reunindo representantes dos grupos Somos/SP, Grupo Lésbico-Feminista/SP, Eros/SP e Libertos-Somos/Sorocaba, Beijo Livre/Brasília, Grupo de Atuação de Afirmação Gay/Caxias do Sul, Somos/RJ e Auê/RJ (MacRae, 2018, p. 260; Mott, 2011, p. 475).

Sobre a questão, na 32^a edição do jornal Lampião da Esquina, publicada em janeiro de 1981, a reportagem “Morte suspeita na Casa de Loucos”, cobrava explicações sobre a morte do sociólogo Roberto da Rocha Leal, de 26 anos, internado compulsoriamente, em 28 de setembro de 1980. De acordo com o jornal, a internação foi iniciativa da irmã mais velha de Roberto. Amigos suspeitavam que a medida seria uma forma de livrar-se do irmão. Ele tinha chegado no dia anterior de uma viagem à França. Roberto era homossexual e havia sido internado outras três vezes em 1976. (Lampião, 1981, p. 12).

A clínica em questão tinha 800 internados e havia sido denunciada diversas vezes pelo uso de violência contra pacientes. O médico responsável pelo estabelecimento foi entrevistado pelo jornal. Afirmava não saber a causa da morte e que aguardava a conclusão das investigações. O motivo da internação, segundo o responsável, não ocorreu devido a condição homossexual do paciente. Segundo o médico o “homossexualismo” era uma doença mental, “um desvio que deve ser tratado por psiquiatras”. (Lampião, 1981, p. 12).

Figura 2 – Título e subtítulo da reportagem sobre a morte de Roberto – Jornal Lampião da Esquina – edição 32 – janeiro de 1981



Fonte: Acervo Digital Grupo Dignidade.

O nome do sociólogo estava entre os vinte homossexuais assassinados entre setembro de 1969 e julho de 1981 listados no Boletim nº 1 do GGB, em 1981¹⁷. Em janeiro de 1982, eram 43. A lista era acompanhada por chamamentos para a

¹⁷ A partir do Boletim nº 5, o GGB passou a registrar suicídios em decorrência do preconceito e intolerância contra a comunidade LGBTQIAPN+ (Mott, 2011, p. 88).

organização dos homossexuais brasileiro e para a denúncia desses casos, a maior parte deles, impunes. (Mott, 2011, p. 55 e 56). Os assassinatos seguiam aumentando.

O Boletim nº 3, de abril de 1982, trazia a indagação no artigo “UMA DOENÇA DE HOMOSSEXUAIS????????????”. Diante reprodução de uma reportagem da revista estadunidense Time pela revista brasileira Manchete (Mott, 2011, p. 51). A doença que se referia a reportagem era o sarcoma de Kaposi, um tipo câncer. A reportagem “A misteriosa doença dos homossexuais”, afirmava que a doença estava alarmando homens gays estadunidenses. Além do sarcoma, homossexuais eram acometidos por doenças oportunistas¹⁸. As informações existentes até então, era que a maior parte desses homens viviam em grandes cidades, como Nova Iorque, Los Angeles e San Francisco, conhecidas por terem uma expressiva comunidade homossexual e que estes tinham uma vida sexual intensa, com variados parceiros. (Manchete, 1982, p. 26).

O artigo do GGB declarava: “Mas, se o ‘Time’ pensa que deixaremos de fazer amor par causa disso, está enganado. Pagaremos qualquer preço por nossa vida (homo)sexual” (Mott, 2011, p. 52). Em janeiro de 1985, o Boletim nº 10, traz as primeiras informações sobre a Aids. Duas recomendações para evitar a doença: não entrar em pânico e evitar transar (Mott, 2011, p. 186).

Em 09 de fevereiro de 1985, o Conselho Federal de Medicina deixa de considerar a homossexualidade uma patologia, inserindo-a no código 2062.9, “outras circunstâncias psicossociais”, assim como as condições de “desemprego, desajustamento social, tensões, psicológicas”. A mudança, resultado da campanha iniciada pelo GGB com outros grupos homossexuais, contou com o apoio de associações científicas e com a adesão de 358 parlamentares. Foram reunidas 16 mil assinaturas em apoio a despatologização. (Mott, 2011, p. 188).

Em maio de 1987, a Câmara Municipal de Salvador declarou o Grupo como entidade de utilidade pública municipal, um importante reconhecimento de sua atuação (Mott, 2011, p. 259). Nas edições de seu Boletim, o GGB dedicava uma seção para publicizar suas principais atividades, como forma de devolutiva para seus/suas

¹⁸ Segundo o Guia de Terminologia do Unaids, pessoas que vivem com Aids podem, em decorrência de fragilidades do sistema imunológicos, adquirir infecções oportunistas que geram doenças incomuns em pessoas imunologicamente saudáveis. São exemplos de doenças oportunistas “a pneumonia *Pneumocystis jirovecii*, criptosporidiose, histoplasmose, infecções bacterianas, outras infecções parasitárias, virais e fungais”. (Unaids, 2017, p. 15).

leitores/as e registro histórico de sua atuação (Mott, 2021, p. 395). O GGB dedicava uma seção para divulgação dos grupos homossexuais existentes no país e incentiva seus/suas leitores/as a assinarem boletins produzidos por eles.

O GGB apoiou a iniciativa do grupo carioca Triângulo Rosa¹⁹, criado em 1985, pela inclusão da não discriminação por orientação sexual na Constituição Federal de 1988 (Maior, 2022, p. 99 e 100). A luta foi liderada por João Antônio de Souza Mascarenhas, na ocasião Diretor de Comunicação Social do Triângulo Rosa. Mascarenhas esteve na Câmara dos Deputados, para apresentar a proposta na reunião da Subcomissão dos Direitos e Garantias Individuais, com o tema "Homossexualidade e Constituinte", realizada no dia 30 de abril de 1987. Reivindicando "uma expressa proibição de discriminação por orientação sexual, no dispositivo que deverá substituir o atual Art. 153, § 1º, da Constituição vigente" (Câmara dos Deputados, 1987, p. 127).

A iniciativa do Triângulo Rosa recebeu o apoio do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Em sua exposição à Subcomissão dos Direitos e Garantias Individuais, Mascarenhas ressaltou que machismo que produz a discriminação contra as mulheres é o mesmo machismo que produz a discriminação contra homossexuais. Indicando que ambas devessem constar na nova constituição, no mesmo contexto.

Não temos a ingenuidade de imaginar que, de um momento para o outro, só o fato da inclusão, na Constituição Federal, da expressão "orientação sexual" venha fazer com que, de uma penada, a discriminação desapareça. Não, longe disso. O que queremos com isso é fazer com que o oprimido se sinta juridicamente habilitado a lutar pelo respeito dos seus direitos, nem mais, nem menos (Câmara dos Deputados, 1987, p. 129 – Mascarenhas).

Após o discurso de Mascarenhas, ocorreu uma sequência de falas confusas e argumentos preconceituosos entre os/as constituintes. Associou-se a homossexualidade ao uso e dependência de drogas ilícitas, corrupção e exploração sexual de adolescentes, a doença, ao pecado, a comportamentos extravagantes e incômodos, com notória ênfase contra as travestis (Câmara dos Deputados, 1987, p. 129-134).

Por exemplo, a minha preocupação em relação aos meus filhos se estende pura e simplesmente em razão do fato de que eu gostaria que eles tivessem filhos e da preocupação das consequências que o homossexualismo está trazendo no momento – a Aids e uma série de outros efeitos (Câmara dos Deputados, 1987, p. 130 – Constituinte Dirce Tutu Quadros).

¹⁹ O triângulo rosa, enquanto símbolo, foi ressignificado pelo movimento homossexual. O triângulo, de cabeça para baixo, na cor rosa era costurado nos uniformes para identificar homossexuais nos campos de concentração nazistas (Museu Memorial do Holocausto dos Estados Unidos, 2024).

[...] apesar de o Conselho Federal de Medicina afirmar que não é doença, eu acredito que o homossexualismo seja doença. Gostaria de dizer também que sou evangélico. A Bíblia Sagrada, que é o livro dos livros e o livro por excelência, condena radicalmente esse ato. Também me parece essa prática fere a moral da família e da sociedade (Câmara dos Deputados, 1987, p. 130 – Constituinte José Viana).

Eu mesmo tenho pessoas amigas, conhecidas, a quem estimo, que são homossexuais. E tenho por essas pessoas, poderia dizer até, profunda compaixão, porque são meus semelhantes. E eu os amo, porque Cristo ama a todos, mas não posso compartilhar do mesmo sentimento de uma liberação total, em termos do sexo, como Deus os criou: homem e mulher (Câmara dos Deputados, 1987, p. 131 – Constituinte Eliel Rodrigues).

O discurso de Mascarenhas ganhou repercussão e proporcionou maior visibilidade ao Movimento Homossexual. No decorrer da Assembleia Nacional Constituinte, o movimento conseguiu dialogar com constituintes em três comissões: a da Soberania e dos Direitos e Garantias do Homem e da Mulher; a da Ordem Social; e a da Família, Educação, Cultura e Esportes, da Ciência e Tecnologia e da Comunicação. Apesar da importância dessa movimentação, as tentativas de sensibilizar os/as parlamentares não alcançou o resultado esperado. A última tentativa de incluir o termo “orientação sexual” no texto constitucional foi dos parlamentares José Genoíno Neto (PT/SP) e Luiz Alfredo Salomão (PDFT/RJ), em 27 de setembro de 1987. (Câmara, 2018, p. 57).

Em 28 de janeiro de 1988, a proposta José Genoíno (PT/SP) a inclusão da expressão, por meio da emenda aditiva nº 1.225, foi submetida à votação. Caso fosse aprovada, os termos do inciso III do artigo 3º estabeleceria “promover a superação dos preconceitos de raça, sexo, orientação sexual, cor, idade e outras formas de discriminação”. (Câmara dos Deputados, 1988, p. 6682).

Como é que vamos enfrentar o problema do preconceito em relação à AIDS? Pergunto a esta Assembléia se não há discriminação no Brasil em relação aos homossexuais? [...] Este preconceito, esta discriminação existe, está espalhada na sociedade brasileira. E o que estamos propondo? [...] Não quero responder, Sr. Presidente, às expressões dos que não estão levando a sério o assunto, porque isto, certamente, será objeto de um psicólogo, que estudará as razões psicológicas de muitos que não querem levar a sério este problema (Câmara dos Deputados, 1988, p. 6683 – Constituinte José Genoíno).

O constituinte Bonifácio de Andrada (PSD/MG) representou o posicionamento do “Centrão”, ressaltando a forte influência dos “evangélicos” contra a emenda proposta por Genoíno.

Em nome do Centrão, queremos trazer a nossa posição, que foi, aliás, dentro de nosso agrupamento, defendida com veemência pelos ilustres Evangélicos.

Sr. Presidente, nossa posição é para votar contra, para votar NÃO, em relação a esta Emenda (Câmara dos Deputados, 1988, p. 6683 – Constituinte Bonifácio de Andrade).

O relator Bernardo Cabral (PMDB/AM) votou contra justificando que a proposta seria contraproducente, já que estaria “criando um problema sério de discriminação”. O constituinte Costa Ferreira (PFL – MA), representante da bancada evangélica, recorreu a mesma justificativa, acrescentando “[...] estaremos trazendo para nós uma maldição que outros países já tiveram como é o caso de Sodoma e Gomorra, que foram destruídas porque aceitaram o convívio de homem com homem e de mulher com mulher”. (Câmara dos Deputados, 1988, p. 6683).

Dada a votação, dos/as 461 constituintes, 130 votaram a favor da inclusão do termo na Constituição, 317 rejeitaram a proposta e 14 optaram pela abstenção. Destaca-se o voto contrário de Aécio Neves (não), futuro presidenciável, a abstenção de Alceni Guerra, que seria ministro da saúde no governo Collor (1990-1992). José Serra, futuro ministro da saúde no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), os futuros presidentes da república Itamar Franco (1992-1995) e Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) votaram favoravelmente. (Câmara dos Deputados, 1988, p. 6684-6686).

A oposição da “bancada evangélica” foi crucial para a não inclusão do termo. Contrariando a decisão da bancada, Benedita da Silva (PT/RJ) e Lysâneas Maciel (PDT/RJ) votaram a favor da emenda (Câmara, 2018, p. 57). A epidemia de Aids e a distorção causada pela ideia de “grupos de risco” reforçava argumentações baseadas em questões morais e discriminatórias, colaborando para que a nova Constituição não incorporasse a demanda do Movimento Homossexual.

Apesar de não alcançar o resultado pretendido, a movimentação ao redor da pauta fez com que o debate avançasse em alguns estados e municípios. O direito a não discriminação por orientação sexual foi incorporado em legislações estaduais, leis orgânicas municipais e outros documentos elaborados nessas esferas de governo. (Câmara, 2018, p. 59). Por outro lado, a temática entrou no cenário político pelo visto para ficar, mobilizando movimentos sociais, bases partidárias e bancadas parlamentares, conseguindo agregar o legado de movimentos históricos da sociedade civil organizada.

1.2 Contribuições do Movimento da Reforma Sanitária

A epidemia de Aids gerou grandes mobilizações da sociedade civil e de movimentos sociais. No Brasil, essas mobilizações foram causa e efeito de lutas por democracia e justiça social. Na década de 1980, período em que são descobertos os primeiros casos de Aids no país, o regime ditatorial civil-militar²⁰ estava em ruínas, enquanto nas ruas os movimentos em prol da democracia ganhavam forças.

Ao analisar a política de saúde no Brasil, Bravo (2006, p. 93) ressalta que o regime ditatorial agravou e ampliou os problemas estruturais do país. No período de 1964 a 1974, as intervenções do Estado fizeram com que política assistencial fosse “ampliada, burocratizada e modernizada” a fim de fortalecer a capacidade de controle da sociedade pelo Estado, reduzir conflitos sociais, além de “conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital”. Nesse cenário, a Saúde Pública perde espaço enquanto há a expansão da Previdência Social²¹, a “medicalização da vida social” rege ambas. A introdução de tecnologias desenvolvidas fora do país na política de saúde torna-se uma forma de atender os interesses do capital (Bravo, 2006, p. 93).

Em um segundo momento (1974-1979), a política de saúde sofreu modificações, acompanhando as novas intenções para a política social. Ao regime interessava torná-las mais efetivas “no enfrentamento da ‘questão social’, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares”. A política de saúde foi uma arena na qual se intensificaram diversos conflitos, envolvendo financiamento, disputas de interesses entre setores estatais e empresariais e a ascensão do movimento sanitário. E as tentativas de retomar as iniciativas voltadas para a saúde pública não foram suficientes, permanecendo a centralidade da Previdência Social. (Bravo, 2006, p. 94).

É nesse contexto que a Aids surge no Brasil. Num momento em que as questões mais básicas de saúde não eram respondidas. A privatização do sistema de assistência à saúde, promovida pelo regime ditatorial, fez com que os serviços de

²⁰ Conforme Netto (2014), o regime ditatorial oriundo do golpe de 1º de abril de 1964, não deve ser reduzido a um movimento unicamente militar, uma vez que contou com amplo apoio de setores civis, classificando-o como um “golpe civil-militar”. O autor destaca que a atuação política e ideológica da burguesia atrelada ao grande capital nacional e internacional, e associada aos latifundiários viabilizou o golpe que derrubou o regime democrático vigente (Netto, 2014, p. 74).

²¹ Segundo Bravo (2006, p. 89), na década de 1930 as políticas sociais começaram a ser implementadas no Brasil. A política de saúde no país era “organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária”.

saúde primários voltados para a população geral fossem deteriorados. (Daniel; Parker, 2018, p. 15).

Os artifícios para amenizar as tensões não foram suficientes para que o regime pudesse manter-se. Os direcionamentos políticos, sociais e econômicos desagradaram parte significativa – e diversa – da sociedade. O descontentamento culminou no movimento “Diretas Já” que contou com forte apoio popular. Na saúde, o Movimento de Reforma Sanitária se organizava desde meados da década de 1970 “foi fruto de lutas e mobilização dos trabalhadores de saúde articulados ao movimento popular na perspectiva de reversão do sistema perverso de saúde”. (Bravo, 2008, p.46).

O movimento de reivindicação ao direito à saúde, enquanto direito inerente à condição de ser humano, dialogava com vertentes de esquerda e unia forças contra o regime vigente. Destaca-se que a partir dos anos 1970, a cidadania e a institucionalidade democrática passaram a fazer parte da pauta da esquerda brasileira. Tal contexto contribuiu para que a luta por uma saúde pública integrasse a luta por um Estado democrático social. (Fleury, 2009, p. 744).

Exemplo disso, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, que impulsionou o Movimento e originou a Reforma Sanitária enquanto um projeto, se estruturou nas proposições de três eixos: “saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor”. O evento contou com a participação de representantes de instituições do setor, da sociedade civil, de categorias profissionais e partidos políticos. (Brasil, 1986, p. 1).

Os debates realizados na Conferência chegaram à conclusão que era necessário reformular e ampliar o conceito de saúde, incluindo uma legislação que desse conta do novo entendimento em relação a sua promoção, proteção e recuperação, resultando na Reforma Sanitária. Na ocasião, nasce a proposta de um Sistema Nacional de Saúde de caráter público, com participação do setor privado (concessão) desassociado da Previdência Social. (Brasil, 1986, p. 2 e 3).

A saúde passaria a ser compreendida enquanto “resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”. A saúde aparece enquanto um conceito concreto, fruto das reivindicações da população. Sendo o Estado responsável por garantir o direito à saúde, a partir da integração da saúde com outras políticas de caráter socioeconômico e do controle da população nos processos de formulação, gestão e avaliação de tais

políticas (Brasil, 1986, p. 4). O Relatório final da 8ª Conferência também demarca as atribuições de cada nível de governo, entre outras propostas (Brasil, 1986, p. 12).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde transformou a Reforma Sanitária, até então, uma proposta de um movimento social ao patamar de projeto, podendo ser considerada “simultaneamente, uma proposta, um projeto, um movimento e um processo”. Essa mobilização se dava a partir de reivindicações de múltiplos setores da sociedade por um novo modelo de saúde no país. A partir daí, uma série de iniciativas com pilares democráticos são desencadeadas, não só no que diz respeito à saúde, mas também ao Estado brasileiro. (Paim, 2008, p. 173).

Na década de 1980, terceiro momento pontuado por Bravo, o processo de redemocratização se dava em meio a uma intensa crise econômica. A Constituição de 1988 representou uma conquista para a população brasileira, a “saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia”. (Bravo, 2006, p. 95).

A Constituição Federal de 1988 institui um novo modelo de proteção social, em que os direitos sociais passam a ser inerentes à cidadania. Incorpora mudanças reivindicadas pelo Movimento da Reforma Sanitária, ampliando o acesso a políticas e benefício até então limitados a existência ou não de vínculo empregatício. A concessão de benefícios passa a considerar a necessidade daqueles/as que precisam, na perspectiva de justiça social e responsabilização do Estado. (Fleury, 2009, p. 745-46).

Os pilares teóricos do projeto da Reforma Sanitária se dão “na revisão da concepção marxista do Estado e na elaboração de uma leitura crítica do campo da saúde coletiva” (Fleury, 2009, p. 746). Segundo Fleury, quatro princípios nortearam esse processo no Brasil, sendo eles: ético-normativo, científico, político e sanitário. Esses princípios compreendem a saúde enquanto um direito humano, a interferência dos determinantes sociais no processo saúde-doença, a saúde enquanto direito indissociável da cidadania e a integralidade da saúde. (Fleury, 2009, p. 748).

Esse contexto ajuda a compreender como o diálogo entre ativistas e profissionais da área da saúde, sem desconsiderar os conflitos existentes, formou uma aliança potente para pressionar governos de todas as esferas na formulação de políticas públicas capazes de frear o avanço da doença. Aliou-se ao saber técnico-científico a experiência daqueles que lutavam pela legitimação de suas demandas. Foi, no contexto da epidemia, que o Movimento da Reforma Sanitária e o Movimento

Homossexual uniram suas pautas na defesa do reconhecimento da saúde enquanto direito.

1.3 Política de saúde no período pós-constituinte

A Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) forneceram garantias que permitiram o desenvolvimento de uma política nacional de HIV e Aids que incorporasse as reivindicações e contribuições da sociedade civil. O impacto da epidemia também contribui para mudar a lógica vigente em relação à noção do dever do Estado com a saúde da população.

A saúde é inserida no conjunto de direitos a serem garantidos para a população brasileira. Conforme o Art. 196 estabelece, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). Ainda assim, as garantias constitucionais não foram suficientes para que todos/as brasileiros/as usufruam desse direito.

As conquistas inscritas na Constituição foram limitadas já que, contraditoriamente, “a disputa ideológica favoreceu amplamente o projeto neoliberal, reorganizando as relações entre Estado e sociedade em bases distintas daquelas pressupostas pelos formuladores do SUS”. (Fleury, 2009, p. 748).

A Constituição incorporou as fragilidades – e disputas – políticas no cenário brasileiro no final do regime civil-militar, resultando em um “sistema político disfuncional” com excesso de descentralização do poder, como contraponto da centralização dos governos ditoriais. Instituiu, por exemplo, atribuições para estados e municípios sem que estivessem previstas as fontes de recursos necessários para tal. Estabeleceu o presidencialismo, mas manteve o parlamento de poderes que, na prática, permitem que suas demandas possam ser impostas, favorecendo arranjos políticos complexos e instáveis. (Saad Filho; Morais, 2018, p. 81).

Em relação às políticas sociais, a Constituição Federal de 1988 incorporou demandas importantes da esquerda, reconhecendo direitos a partir do princípio de universalidade, previdência social e cidadania. O Estado passa a ter responsabilidades na garantia de bens e serviços público básicos: proteção social, aposentadoria, moradia, educação e saúde, entre outros. Estabelece direitos e

benefícios trabalhistas, incluindo o direito a greve. Essas conquistas podem contribuir para a formação de uma sociedade com menos desigualdade, mas não modificam o caráter excluente do Estado brasileiro. (Saad Filho; Morais, 2018, p. 82).

Montaño (2007, p. 34 e 35) ressalta que “pacto social” representado pela Constituição foi abortado pelos governos Fernando Collor de Mello e Fernando Henrique Cardoso (FHC). Esse ponto é importante para a discussão proposta, especialmente quando se trata do enfrentamento ao HIV e Aids, pois essa contradição fará parte da sua história.

Bravo e Matos (2008) enfatizam a disputa de dois projetos no campo da saúde: o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista. A principal diferença entre os dois projetos se dá na percepção do papel do Estado. Para o Projeto de Reforma o Estado deve encarregar-se das políticas sociais e atender os interesses da coletividade a partir da instituição de espaços democráticos e participativos (conselhos e conferências de saúde).

Já o Privatista insere a saúde na lógica neoliberal, prevalecendo a redução de gastos, a restrição da oferta de serviços de saúde do âmbito público (destinado aos que não podem pagar pelos serviços) e delegando à iniciativa privada o atendimento das demandas daqueles que podem arcar os custos, descentralização das obrigações do governo federal e focalização da política (Bravo; Matos, 2008, p. 199 e 200).

Destacam também que Collor foi o “primeiro presidente do país a tentar implementar de forma efetiva o projeto neoliberal”, promovendo redução de recursos para áreas sociais, impactando também a política de saúde. Os autores classificam que durante esta gestão houve “um boicote sistemático e contundente à implantação do SUS”. (Bravo; Matos, 2008, p. 201).

As conquistas constitucionais foram amortecidas com o início do mandato de Fernando Collor de Mello e a tentativa de implementar o projeto neoliberal no Brasil (Bravo; Matos, 2022, p. 36). Culminando em entraves na implementação do SUS. Apesar dos vetos de Collor, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990) foi sancionada, permitindo a regulação das ações e serviços de saúde no país. Posteriormente, a Lei 8142/1990, a complementa, regulando a participação da comunidade na gestão do SUS, entre outras providências. (Paim, 2008, p. 185-187).

No entanto, é no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) que o projeto neoliberal é instaurado no país. Na saúde, “apresenta-se oficialmente e de forma

sistematizada uma outra proposta de saúde, que é contrária ao SUS". (Bravo; Matos, 2008, p. 204). Na lógica neoliberal, a intervenção do Estado

[...] trata-se não de limitar o mercado por uma ação de correção ou compensação do Estado, mas de desenvolver e purificar o mercado concorrencial por um enquadramento jurídico cuidadosamente ajustado. Não se trata mais de postular um acordo espontâneo entre os interesses individuais, mas de produzir as condições ótimas para que o jogo de rivalidade satisfaça o interesse coletivo (Dardot; Laval, 2016, p. 69).

Para Pereira (2011, p. 144), o Estado é um conceito complexo e um fenômeno histórico e relacional. A autora baseia-se em Ianni (1986) para evidenciar a relação contraditória entre Estado e sociedade, e por meio dessa contradição, o Estado alcança todos os aspectos da vida social, inclusive no atendimento de demandas e reivindicações da sociedade que a princípio são discordantes com a sua natureza. Para a manutenção do poder, o Estado incorpora demandas das classes excluídas para legitimar-se e preservar-se. (Pereira, 2011, p. 146).

[...] o Estado não é um fenômeno dado, ahistórico, neutro e pacífico, mas um conjunto de relações criado e recriado num processo histórico tenso e conflituoso em que grupos, classes ou frações de classe se confrontam e se digladiam em defesa de seus interesses particulares. É por isso que se diz que o Estado é uma arena de conflitos de interesses (Pereira, 2001, p. 26).

A política social, como parte integrante ou resultado dos conflitos entre Estado e sociedade, irá lidar com interesses divergentes, até mesmo porque a própria existência da política social é resultado de pressões impostas por diferentes forças, que atuam concomitantemente. A formulação de políticas sociais demanda base conceitual e teórica, estabelecimento de objetivos que possam guiar sua condução, mesmo que "na prática, percebam-se hiatos entre o que foi o concebido e realizado". (Pereira, 2011, p. 28 e 29).

Ao tratar do desmonte da seguridade social no país, Werneck Vianna (2008) elenca três mitos produzidos pela retórica neoliberal: o tecnicista, o naturalista e o maniqueísta. O mito tecnicista consiste na despolitização da seguridade social, ao privilegiar perspectivas economicistas, reduz a compreensão da seguridade à "uma abordagem que enfatiza relações numéricas, simulações, variáveis organizacionais etc". Essa perspectiva atrela-se a "termos como eficiência, custo, capitalização" e tiram de cena questões menos concretas, mas que estão, ou deveriam estar, impulsionar a organização dos sistemas de proteção social, como "integração social, solidariedade, bem-estar" (Werneck Vianna, 2008, p. 176).

O segundo mito, o naturalista “trata-se de atribuir à seguridade a condição de doente terminal, cujo ciclo de vida estaria se encerrando [...] em função de inevitáveis transformações econômicas” (Werneck Vianna, 2008, p. 182). Werneck Vianna (2008) destaca que apesar da visão naturalista integrar o discurso tecnicista, ela tem como particularidade “destitui de validade epistemológica o próprio agir humano intencional, ou seja, a política”. Assim, ao tornar natural o desmonte da seguridade social, ignora que seus caminhos partem das escolhas realizadas no âmbito político, da ação de forças sociais e disputas de interesses.

O terceiro mito, o maniqueísta, consiste em enxergar que “as soluções para os problemas - supostos ou reais - são apresentadas como mutuamente excludentes”. A autora demonstra como essa perspectiva é utilizada nas discussões que opõem os regimes de repartição e capitalização e previdência pública e privada, onde são colocadas em polos distintos (Werneck Vianna, 2008, p. 186). Nesse sentido, desconsidera-se que as escolhas que conduzem a seguridade social em cada país estão alinhadas a um determinado contexto histórico, político e social permeado por interesses diversos, que podem se opor, mas também complementar-se.

O conceito de seguridade social, depositário de expectativas de justiça social, pleno de uma simbologia redistributiva e sinalizador de cidadania, segue inscrito na Constituição brasileira. Como letra morta, porém, vazio de conteúdo concreto e destituído de qualquer mecanismo de operacionalização (Werneck Vianna, 2008, p. 189 e 190).

Fleury e Ouverney (2012, p. 25), ao sustentarem que a política de saúde é uma política social, alertam para os diferentes determinantes que interferem na política de saúde. Tendo em vista que as políticas sociais se organizam a partir de diferentes modelos de políticas e instituições, estas são responsáveis pelo acesso aos benefícios, por meio de critérios que estabelecem quem está apto/a ou não a acessá-los.

Como afirma Teixeira (1997, p. 43) “a política pública é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade”. A partir das reivindicações da sociedade civil que as primeiras ações de controle da epidemia foram elaboradas. A idealização do SUS, como se viu, parte da lógica de universalização das políticas sociais, entre elas a de saúde, compreendendo-a enquanto direito da população e dever do Estado. Ao mesmo tempo que esses valores foram incorporados pela Constituição Federal de 1988, abriu-se brechas para atender

os interesses do capital. A desproteção social promovida pela lógica neoliberal, não por acaso, desorganiza e enfraquece o sistema de saúde do país.

Há, portanto, na dinâmica do funcionamento do Estado capitalista, a existência de contradições, assim configuradas: a máquina estatal serve amplamente aos interesses da classe dominante, mas sua própria universalização exige que ele dê atenção à sociedade como um todo. Assim, da mesma forma que ele ajuda a explorar os trabalhadores, tem de atender as suas reivindicações (Pereira, 2011, p. 123).

Em meio às contradições de um sistema injusto, a epidemia surge em um momento de mudanças na noção de saúde. O contexto brasileiro colaborou para que a Aids fosse encarada como uma questão de saúde pública, apesar do desconhecimento sobre a doença, possibilitando a construção de um modelo que avançou quando se reconheceu o protagonismo dos movimentos sociais. O diálogo estabelecido entre a sociedade civil e os governos foi uma das principais lições da resposta brasileira, produzindo efeitos quanto à solidariedade e aos significados sociais da Aids.

2 OS SIGNIFICADOS SOCIAIS DA AIDS

“A gente sempre quer falar para os outros o que eles devem fazer, ao invés de compreender porque os outros fazem o que eles fazem”.

(Richard Parker, 2019).

Inicialmente a Aids foi mal dimensionada pelo poder público e pelas autoridades de saúde. Como tratado no capítulo anterior, as comunidades mais afetadas pela doença, especialmente do Movimento Homossexual, impulsionaram os primeiros debates sobre a questão e elaboraram as primeiras estratégias preventivas. Ao não aceitarem o papel de coadjuvante, o Movimento Homossexual enfrentou o moralismo que norteava parte dos discursos científicos, da imprensa, de grupos religiosos e autoridades públicas.

A partir das inquietações das comunidades mais afetadas pela epidemia, que presenciaram e/ou viveram a dor e o sofrimento causado pelo estigma e preconceito, surgiu uma reação organizada destes segmentos. Emergiu um contradiscorso ousado, fundamentado na solidariedade e na cidadania, dando origem a um novo movimento. Reunindo diversas pautas de direitos humanos, o Movimento Social de Aids não arrefeceu a luta por liberdade e ganhou dimensões globais. O movimento brasileiro tornou-se relevante no cenário mundial.

Neste capítulo pretende-se analisar a contribuição dos movimentos sociais no desenvolvimento da resposta brasileira, o que envolveu a contraposição das identidades sociais preestabelecidas e ressignificação de noções de cuidado e prazer em prol da ousadia no campo da Política de Prevenção. Para tanto, recorreu-se a pesquisa bibliográfica, tendo em vista a vasta literatura sobre a temática. Parcela significante do material reunido foi produzida por integrantes das primeiras iniciativas no campo da Aids, seja na atuação de organizações da sociedade civil, seja na formulação de políticas públicas de saúde.

Apesar de ser classificada por muitos/as como uma resposta inicialmente lenta, as particularidades do Brasil, especialmente no campo político, tornaram sua reação à Aids mais rápida do que em outros países. O envolvimento da sociedade civil e a formação do movimento social da Aids definiram os rumos da política brasileira.

2.1 Identidades sociais e a produção de vulnerabilidades no contexto da epidemia

A Aids causou uma série de reações e inúmeras teses buscavam dar conta de sua origem e disseminação. Inicialmente os primeiros casos foram identificados “a partir de casos de pneumonia atípica e de um câncer raro (Sarcoma de Kaposi) em homens jovens, previamente saudáveis, em sua maioria homossexuais masculinos, nas cidades de Los Angeles, São Francisco e Nova York” (Bastos, 2006, p. 27). A necessidade de investigar os aspectos relacionados à infecção pelo vírus mobilizou pesquisadores de todo mundo, especialmente nos países que tinham casos expressivos da doença.

Os primeiros registros oficiais da Aids no Brasil ocorreram em 1982, em homens que mantinham/mantiveram relações性uais com homens. No mesmo ano foi registrado o primeiro caso em usuário de drogas injetáveis. (Castilho; Chequer, 1997, p. 17 e 22). A população brasileira tomou conhecimento da doença por meio da imprensa. No entanto, a Aids não só foi anunciada como uma nova doença, mas também como uma peste. E a peste, ao que parecia aos olhos da imprensa e de profissionais da saúde, tinha predileção por determinados grupos. A Aids era tratada como uma “peste gay”, fazendo com que a doença ganhasse uma marca.

Em entrevista à jornalista Mônica Teixeira, Herbert Daniel²² relembrou a manchete de um jornal brasileiro, que ironicamente anunciava: “Peste Gay deixa toda a bicharada apertadinha”²³. De acordo com Daniel (2018, p. 36), a manchete do jornal Folha de O Povo é, provavelmente, a primeira em que a Aids ganha destaque nos jornais brasileiros, ocupando a primeira página.

A descoberta da transmissão sexual, com foco na transmissão entre homens, tornou-se uma munição para aqueles que condenavam os movimentos revolucionários de homens e mulheres que reivindicavam o direito sobre seus corpos. A Aids tornou-se mais um artifício contra quem ousasse romper com os padrões heteronormativos da sociedade. A promiscuidade seria uma característica própria dos

²² O sociólogo Herbert Daniel, foi militante político, exilado entre os anos de 1974 e 1981 na Europa. Ao retornar ao Brasil e, antes mesmo de descobrir-se soropositivo, em 1989, dedicou-se ao estudo sobre a Aids. Foi um dos fundadores da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), e fundador do Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade do doente de AIDS (Grupo pela Vidda). Faleceu em 1992 deixando importantes colaborações no campo da Aids. (Dias, 2012, p. 10).

²³ Documentário disponível em: <https://abiaids.org.br/herbert-daniel-o-amor-e-a-aids-nos-anos-80/28078>. A manchete também foi citada por Daniel no texto “AIDS no Brasil: a falência dos modelos”.

homossexuais, o que explicaria o fato da doença, a qual uma das formas de transmissão ocorre durante relações sexuais, ter se disseminado neste grupo.

Louro (2019) evidencia que a sexualidade não é produto da natureza, argumentando que caso fosse, não haveria condições de compreendê-la nas suas dimensões sociais, políticas e/ou sua construção. Nesse sentido, a sexualidade é atravessada por processos culturais, que podem definir o que é natural ou não no que diz respeito a sexualidade. Esses processos produzem e transformam a natureza e biologia. A sexualidade, portanto, é histórica.

A demarcação do que é o feminino e que é o masculino se dá num contexto cultural, demandando que os corpos atendam os sentidos sociais já estabelecidos. Sendo a expressão dessa sexualidade necessariamente determinada e codificada socialmente, não há espaço para interpretá-las como algo natural, visto que “as identidades de gênero e sexuais são, portanto, compostas e definidas por relações sociais, elas são moldadas pelas redes de poder de uma sociedade” (Louro, 2019, p. 12).

Assim como a sexualidade, as identidades sociais, para além de sexuais e de gênero, abrangem raça, classe, entre outras, que também são definidas cultural e historicamente. É a partir dessas identidades que os sujeitos são constituídos. Tais identidades sociais possuem “caráter fragmentado, instável, histórico e plural”. (Louro, 2019, p. 13).

Da mesma forma como as identidades são constituídas, são definidas as atribuições de diferença. Nesse processo faz parte “a instituição de desigualdades, de ordenamento, de hierarquia, e está, sem dúvida, estreitamente imbricado com as redes de poder que circulam numa sociedade”. O “outro” passa a ser reconhecido a partir da sua distinção das identidades sociais que atendem à norma. (Louro, 2019, p. 17).

Em nossa sociedade, a norma que se estabelece, historicamente, remete ao homem branco, heterossexual, de classe média urbana e cristão, e essa passa a ser a referência que não precisa mais ser nomeada. Serão os “outros” sujeitos sociais que se tornarão “marcados”, que se definirão e serão denominados a partir dessa referência. Desta forma, a mulher é representada como “o segundo sexo”, e gays e lésbicas são descritos como desviantes da norma heterossexual (Louro, 2019, p. 18).

No contexto da Aids, essa distinção foi determinada antes mesmo do primeiro caso ser notificado no Brasil, gerando o que Daniel (2018, p. 35) classificou como “modelo ideológico” que direcionou as estratégias no país. Tal modelo transformou a

Aids na “doença do outro”. Para Daniel, o que define o outro é marca do “estrangeiro ou do estranho”, do que está longe. Por ser estrangeira, a Aids passou a ser desacreditada enquanto algo presente e possível no cotidiano de brasileiros/as. Desse modelo surgiu uma imagem da doença e do doente que o remete imediatamente a morte.

Na percepção de Jonathan Mann (1993) a epidemia de Aids pode ser compreendida em ao menos três fases e, cada uma delas, em uma epidemia. A primeira é da infecção pelo HIV, a segunda da Aids e a terceira é a epidemia de reações desencadeadas pelos significados atrelados à epidemia (Daniel, Parker, 2018, p. 14), seriam estes “repercussões sociais, de medo, pânico, discriminação” (Daniel, Parker, 2018, p. 11). Tais reações foram estimuladas e potencializadas desde o anúncio de sua descoberta.

Um discurso moral foi construído em torno da Aids e colaborou para disseminar, além do preconceito e do estigma, informações falsas sobre a doença. Em meio ao desconhecido, emergiram teorias que forçavam uma associação entre a homossexualidade e a Aids, cogitando uma predisposição, de ordem genética ou psíquica, ou a promiscuidade (Daniel, 2018, p. 101 e 102) como fatores que colocavam esse grupo na mira do vírus. Assim, do discurso moral criado para explicar a Aids, construiu-se uma imagem da Aids e sua propagação foi mais rápida que o próprio HIV. Essa imagem é o que Herbert Daniel classifica como vírus ideológico. (Grotz; Parker, 2015; Daniel, 2018).

Contra o vírus ideológico, Herbert Daniel defendia um enfrentamento organizado nos “princípios de solidariedade, acolhimento e inclusão” (Grotz, Parker, 2015, p. 19). Para ele, o vírus ideológico era ainda mais difícil de ser combatido e seus efeitos só poderia ser evitado a partir de “uma rede de iniciativas baseadas na solidariedade, visando um esforço coletivo de desenvolvimento dos direitos civis” (Abia, 1989, p. 1).

Parker (1994, p. 25) evidencia que entre os anos de 1983 e 1985 foi construída paulatinamente “na cultura popular brasileira uma imagem da AIDS e de suas vítimas”. Essa imagem baseava-se superficialmente nos dados epidemiológicos que se tinha até então. Forjou-se a ideia de que as pessoas acometidas pelo vírus eram majoritariamente homossexuais, ricos, que transitavam entre grandes centros nacionais e internacionais, cujo comportamento sexual era classificado como promíscuo.

Sendo uma doença nova, ainda incurável, de alta letalidade, transmitida por sangue ou esperma contaminados, a Aids tem características que produzem um grande impacto no imaginário coletivo. Envolvendo questões tão complexas quanto as nossas representações da sexualidade e da morte, mexe com preconceitos e estigmas sociais (Abia, 1998, p. 2).

Os “culpados” teriam sido encontrados: homens homossexuais, que desfrutavam de uma vida promíscua no exterior e trouxeram a doença para o Brasil ao reproduzir aqui a promiscuidade e vícios que vivenciavam fora do país. Logo propagou-se a ideia de que a doença era uma punição divina diante do pecado daquelas que rompiam com lógicas rígidas sobre sexualidade e gênero. (Longhi, Franch, Neves; 2015; Weeks, 2018).

Como em certas partes da Europa e dos Estados Unidos, a epidemia rapidamente tomou a forma (no que pode ser descrito como o imaginário social) de uma espécie de “praga gay” ou “câncer gay” que estaria basicamente limitado ao que já se constituía como um dos mais nitidamente marginalizados segmentos da sociedade brasileira contemporânea (Daniel; Parker, 2018, p. 18).

Distante e pouco conhecido, o “outro” causa medo e repulsa. E, contra a ameaça que representava, a necessidade de combater a Aids resultou no combate ao “outro”. Em muitos momentos, por meio de discursos e ações, a guerra contra a Aids virou o combate ao doente. Logo, a imagem da Aids tornou-se a imagem da condenação, do castigo, da culpa. A Aids tornou-se recurso para justificar a degradação causada pelo abandono, pela falta de acesso à serviços de saúde e cuidados dignos. A onda de preconceito gerada com a epidemia resultou num processo de morte em vida, a morte civil (Daniel, 2018, p. 35). A doença era compreendida como sinônimo de uma sentença de morte. Por não haver cura ou um tratamento específico, a morte parecia ser inevitável para as pessoas que viviam com Aids, como se a morte não fizesse parte do ciclo da vida.

Onde, por ser a cidadania considerada um luxo, o portador do vírus é condenado de uma forma silente à morte civil, com a cumplicidade gentil das autoridades governamentais. Onde autoridades de saúde declaram em jornal que não se deve comprar AZT para doentes internados em hospitais públicos, porque “eles vão morrer de toda a forma” (Daniel, 2018, p. 56).

O discurso médico, político e religioso predominante nos meios de comunicação causava medo à população e reforçava/gerava estigmas e preconceitos contra pessoas que viviam com Aids ou que suspeitava-se fazer parte dos famigerados “grupos de risco”. No Brasil, recaiu principalmente sobre os homossexuais a responsabilidade pela epidemia.

Esse pensamento encontrou eco na imprensa, que abriu espaço para o preconceito, disfarçado como ponto de vista, para explicar a Aids. Um artigo de Dom Eugênio Sales publicado no dia 27 de julho de 1985 no Jornal O Globo, ganhou repercussão. A epidemia foi explicada a partir da perspectiva católica. Ou seja, uma doença, causada por um vírus pouco conhecido, cujas consequências eram avassaladoras, sendo explicada pelo viés religioso.

A ocorrência da enfermidade tem tido assombrosa repercussão, modificando profundamente o procedimento moral dos indivíduos. Como a propagação está, intimamente, relacionada a infração da Moral cristã, especialmente no campo do homossexualismo e promiscuidade pela troca de parceiros (digase infidelidade conjugal) e liberdade sexual, *o medo alcança o que a obediência amorosa não conseguiu* (Dom Eugênio Sales, O Globo, 27 jul 1985 - grifo nosso).

Para Dom Eugênio, a Aids possui um caráter reorganizador/disciplinador dos comportamentos desviantes. Aqueles que temessem ser castigados deveriam abdicar de comportamentos inadequados (pecaminosos), se não fosse pelos princípios cristãos (pelo amor), que fosse pelo medo da punição (Aids). O religioso a classifica como “moralização forçada” diante da violação da “Legislação divina”. Deriva desse pensamento a noção de que o medo possuiu um caráter pedagógico.

Em “Disciplinar os poros e as paixões” Nestor Perlongher (1985, p. 35) critica o pânico criado em relação à epidemia e como a Aids tornou-se um “dispositivo de moralização que busca reordenar os corpos e suas paixões”. O antropólogo alerta para a “onda de homofobia” que foi formada justamente em um momento de ganhos para o Movimento Homossexual brasileiro com a retirada da homossexualidade da lista de doenças mentais pelo Conselho Federal de Medicina, em 1985. A prevenção da epidemia serviria como desculpa para “controlar” a homossexualidade.

Perlongher (1985) tece críticas ao artigo de Dom Eugênio Sales e a associação feita por ele entre a homossexualidade e a Aids. A construção da narrativa da punição divina atende aos anseios daqueles que enxergam as sexualidades e identidades que não correspondem a heteronormatividade e, por isso, marginalizadas, como um mal por definição. Sendo assim, “a homossexualidade é um lugar apropriado para as encarnações do mal: não é surpreendente, então, que a vítima vire rapidamente culpável e deva carregar sua doença como uma espécie de castigo divino” (Perlongher, 1985, p. 35 e 36).

A partir daí, Perlongher apresenta uma perspectiva mais tangível para explicar o rápido avanço da epidemia entre homossexuais: “poder-se-ia explicar pelo fato de

que os adeptos das práticas homossexuais, em geral, se relacionam dentro de um círculo restrito e formam (sobretudo nos Estados Unidos) um grupo mais ou menos fechado". (Perlongher, 1985, p. 35 e 36).

A idealização dos perfis dos doentes de Aids decorre de uma definição apriorística dos chamados "grupos de risco". Com efeito, calcado no modelo originário americano, o perfil dominante do doente é: homem, jovem, branco, urbano, instruído, homossexual, promíscuo e de classe média. Esse conjunto de atributos tem informado os mecanismos de notificação da doença, bem como imposto um rumo na própria elaboração das estatísticas, de tal modo que elas acabam funcionando como uma profecia autocumprida. (Guimarães, 1988, p. 2 e 3).

A propagação da ideia de "grupos de riscos" contribuiu para que a Aids fosse encarada como um problema de alguns e não de toda sociedade. No contexto brasileiro, ao ser associada a grupos específicos e pouco representativos do ponto de vista quantitativo, especialmente aos homossexuais, serviu de pretexto para minimizá-la e, consequentemente, corroborou para que o governo federal demorasse a agir, apesar da gravidade da doença naquele momento (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, p. 133).

A construção social que se fez da Aids, culpabilizava as vítimas e reforçava ações violentas, sob a justificativa de controlar o avanço do vírus, até então letal, pretendiam dominar corpos (Perlongher, 1985; Daniel, 2018). A abstinência sexual e o isolamento das pessoas que estavam doentes aparecem como forma de interromper a transmissão do HIV. Contrapondo-se à repressão, surge da articulação das comunidades mais afetadas as noções de sexo seguro e redução de danos para enfrentar a epidemia. (Parker, 2015; Pelúcio; Miskolci, 2009).

A matéria publicada pelo jornal Folha de São Paulo²⁴, no dia 08 de junho de 1983, intitulada "Doença dos homossexuais' atinge o país" reflete o tratamento dado pela imprensa e por profissionais da saúde à epidemia naquele momento. Um dos médicos consultados afirma "que a doença surge sobretudo entre os homossexuais devido à promiscuidade sexual". Quanto à transmissão sanguínea do vírus, segundo o profissional, os homossexuais também estariam mais expostos, pois existiria alta prevalência de "viciados" em drogas injetáveis entre eles. Nota-se que até mesmo o discurso considerado científico foi influenciado por concepções morais.

²⁴ Fonte: Acervo Folha de S. Paulo – Acesso em: 27 jan. 2022.

Até então, pouco se sabia sobre como prevenir a transmissão do vírus. A opinião pública ocupava-se em apontar culpados e espalhar o medo. O falecimento do estilista Markito²⁵, primeira pessoa pública a morrer em decorrência da doença no Brasil, é citada na mesma matéria. A suspeita levantada era que ele teria adquirido a doença nos Estados Unidos, onde costumava passar temporadas.

Bastos (2006, p. 33) afirma que a utilização da ideia de grupo de risco foi um equívoco e fez com que “a humanidade se subdividiria daí em diante em duas supostas metades: gays, sob risco absoluto de contrair o HIV/Aids, e não-gays, a salvo do misterioso mal”. Ayres *et al.* (2009) ressaltam que o perigo dessa classificação, já que “o risco identificado nessas populações passou a ser tratado como uma condição concreta, uma identidade, que as transformou em grupos de risco”. A ideia dos grupos de risco embutiu na população um duplo sentimento: o de proteção, por estarem fora, e o medo daqueles/as que estavam dentro.

Nesse sentido, Ayres *et al.* (2009, p. 123) destacam que apesar da relevante contribuição do instrumental epidemiológico nas investigações sobre os fatores de risco associados à Aids, seu deslocamento resultou na transmutação do fator de risco enquanto “categoria analítica” para grupo de risco, um “conceito operativo”. As consequências dessa mudança impactaram negativamente as estratégias de prevenção que, além de não se demonstrarem capazes de enfrentar a epidemia, estimularam o preconceito para com as pessoas que pertenciam a esses grupos. (Ayres *et al.*, 2009, p. 123 e 124).

O foco puramente quantitativo das investigações epidemiológicas gerou distorções nas interpretações dos fatores riscos associados à Aids. Decorre desse deslocamento o que Bastos (2006, p. 29) classifica como a “fábula dos 4 Hs”. Inicialmente, os grupos considerados de risco eram formados por homossexuais masculinos, haitianos, hemofílicos e heroinômanos. Nos Estados Unidos, as primeiras estratégias de prevenção foram direcionadas a esses grupos (Ayres *et al.*, 2009, p. 124).

Ao serem norteadas pela classificação de grupo de risco, as poucas ações de saúde concentram-se em conter a transmissão de vírus entre esses grupos. A partir daí, desencadeiam-se iniciativas que, sob a justificativa de controlar a epidemia,

²⁵ Marcos Vinícius Resende, conhecido como Markito, faleceu em 4 de junho de 1983 em Nova York (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015a).

impuseram ações punitivas e restritivas. Abstinência sexual ou do uso de drogas e o isolamento das pessoas que estavam doentes emergem como formas de prevenção e, sendo assim, “os ‘pertencentes’ a esses grupos não deveriam ter relações sexuais, doar sangue, usar drogas injetáveis”. (Ayres *et al.*, 2009, p. 124).

Salienta-se que homossexuais, usuários de droga injetáveis e trabalhadoras/es do sexo já eram grupo condenados pela sociedade por suas práticas consideradas imorais, delinquentes e criminosas. A tentativa de atribuir a esses grupos a responsabilidade da disseminação da doença e classificá-los a partir da noção de risco “passou a ser tratado como uma condição concreta, uma identidade, que as transformou em grupos de risco” (Ayres *et al.*, 2006, p. 393). A noção de fator/grupo de risco recebeu duras críticas por estigmatizar determinados grupos, responsabilizando-os pela epidemia.

Goffman (1988) enfatiza que a sociedade elaborou formas de categorizar as pessoas e seus atributos, a partir da compreensão do que é natural dentro de cada categoria, gerando expectativa em relação “ao outro”. O que “o outro” deveria ser? E o que não deveria? Goffman chama atenção para as expectativas geradas a partir de referências prévias, que resultam numa “identidade social virtual”. Sendo assim, quando “o outro” prova reunir as características esperadas para a categoria e os atributos que lhe foram associados, estabelece-se uma “identidade social real” (Goffman, 1988, p. 5 e 6).

Com base nas formulações de Goffman e considerando a conceituação sobre a formação de identidades sociais por Louro (2019), a sexualidade é um dos atributos pré-definidos por categoria em que cada pessoa é limitada. Homens e mulheres são cobrados/as a terem seu desejo direcionado ao sexo oposto. As expressões desses desejos devem obedecer aos critérios postos socialmente. O ser é limitado à classe social que pertence. Os desejos organizados a partir das referências de beleza e comportamento conforme os valores estabelecidos socialmente.

Goffman (1988, p. 6) indica que as expectativas não atendidas se tornam atributos negativos, demarcando a diferença, o indesejável e o possível perigo que “o outro” representa. A marca dessa diferenciação é o estigma. O autor ressalta que nem todas os atributos indesejáveis são questionados, apenas aqueles que fogem aos estereótipos criados para cada categoria. Para além de ser um atributo depreciativo, o estigma diz respeito a “uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo

que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem horroroso nem desonroso".

É o desvio da norma que faz com o que o atributo determine o estigma. Parker e Aggleton (2021) aprofundam a compreensão de estigma. Os autores consideram que análise de Goffman possibilita uma interpretação individualizada do conceito. Mesmo que não tenha sido empregada por ele, tal interpretação acarreta uma limitação dos estudos sobre estigma, especialmente quando inserida no contexto da epidemia do HIV.

Nesse sentido, Parker e Aggleton optam por ampliar a noção de estigma para além de uma relação de desvalorização, e sim reconhecendo-a como fruto de processos sociais.

É importante reconhecer que nenhuma dessas ênfases deriva diretamente de Goffman, que, pelo contrário, tinha grandes preocupações com as questões da mudança social e da construção social das realidades individuais. Na realidade uma leitura do trabalho de Goffman poderia sugerir que, como conceito formal, a estigmatização capta mais uma relação de desvalorização do que um atributo fixo (Parker; Aggleton, 2021, p. 29).

O estigma é histórico, estrategicamente empregado na produção e reprodução de relações e desigualdades sociais. Construído culturalmente, é funcional para a imposição e manutenção da ordem social. O estigma e a estigmatização atuam na união entre "cultura, poder e diferença", e justamente por isso é que não podem ser analisados isoladamente, desconsiderando as interferências simultâneas desses aspectos. (Parker; Aggleton, 2021, p. 31 – 34).

A superação da ideia de grupos risco, se dá com a partir da inserção da perspectiva de comportamento de risco. Assim como o conceito anterior, a noção comportamento de risco é limitada, pois está transfere ao indivíduo todo ônus pela infecção. A prevenção dependeria unicamente da mudança de comportamento. Essa interpretação também poder gerar preconceito, marginalização e culpabilização das pessoas que vivem com HIV.

Durante muito tempo as noções de grupos de risco e comportamento de risco direcionaram os discursos oficiais e as estratégias preventivas, o que também serviu para endossar práticas discriminatórias. Entretanto, ambas não contemplam os múltiplos aspectos relacionados à epidemia, já que não dão conta de incorporar os fatores socioculturais na interpretação dos processos inerentes à exposição ao vírus

e ao adoecimento, fazendo-se necessário conjugar esforços biomédicos e sociais em seu enfrentamento. (Daniel; Parker, 2018, p. 86).

Uma nova vertente de análise da epidemia surge a partir dos anos de 1990, distanciando-se das noções de risco para um olhar mais atento para as vulnerabilidades sociais (Parker, 2021, p. 18). O conceito de vulnerabilidade comprehende a interferência de múltiplos elementos no processo de exposição à infecção, de modo que, a existência de um fator não anula os impactos dos demais. Mais abrangente que os anteriores por “considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento” (Ayres *et al.*, 2009, p. 127).

A inserção da vulnerabilidade enquanto conceito aplicado às abordagens em saúde a partir dos direitos humanos é inaugurada por Mann e Tarantola, em 1996. O novo entendimento tornar-se um pressuposto essencial para intervenção nos processos de saúde-doença relacionados à pandemia de Aids, incluindo os determinantes sociais entre os fatores que contribuem para tal processo. O fundamento nos direitos humanos provoca a instituição de “um conjunto de princípios, normas, padrões e instrumentos que moldam políticas públicas e fortalecem a atribuição de responsabilidades”. Assim, os “princípios de justiça, equidade e dignidade” devem orientar as prioridades e as responsabilidades inerentes ao processo decisório, atendendo assim, a proposta do modelo de Promoção da Saúde. (Ayres; Paiva; França Jr., 2012, p. 78).

Ao incluir nesse processo aspectos subjetivos, o conceito de vulnerabilidade pretende agregá-lo objetivamente ao campo teórico, validando-o enquanto conhecimento (Ayres *et al.*, 2009, p. 131). Portanto, a vulnerabilidade não é uma condição inalterável, ela pode ser atenuada e até mesmo superada, desde que os elementos que atuam com maior intensidade na vulnerabilidade de diferentes grupos populacionais sejam observados e alternativas desenvolvidas para viabilizar mudanças de cenários. O empenho do Estado é imprescindível para superação da epidemia.

A emergência do novo conceito induz a ressignificação dos processos sociais da epidemia. A incorporação do conceito de vulnerabilidade em seu discurso, além de promover a ressignificação, faz com que os movimentos sociais cobrem com maior ênfase e criticidade intelectual que o governo brasileiro enfrente não só a Aids, mas

também os fatores que a tornam mais “perigosa” para determinadas populações. A mobilização e a ousadia do que viria a se tornar o movimento de Aids no Brasil inserem no debate público o direito à saúde e à cidadania.

2.2 Ousadia do Movimento de Aids Brasileiro

A forma como a epidemia foi comunicada culminou na culpabilização de homossexuais pelo surgimento da Aids e, consequentemente, em estigmas e preconceitos adicionais aos já existentes. Para muitos, inclusive, a Aids enfraqueceria o Movimento Homossexual e reforçaria estigmas. No entanto, a necessidade contrapor medidas coercitivas e discriminatórias, além das questões de assistência médica, possibilitou o reencontro de pessoas que em algum momento envolveram-se com o Movimento Homossexual.

Como abordado anteriormente, poucos anos após o surgimento do Movimento Homossexual brasileiro, surgem os primeiros casos de Aids no mundo. Apesar das divergências no interior do Movimento Homossexual, a partir da Aids muitos se engajaram na luta contra o preconceito gerado pela associação da epidemia com os homossexuais. É importante destacar que no interior do Movimento Homossexual a aceitação da Aids enquanto uma questão de saúde sensível aos homossexuais encontrou resistência. Os discursos morais que surgiram com a epidemia colaboraram para que algumas hipóteses fossem levantadas. Cogitou-se que a epidemia era uma invenção ou havia um exagero na repercussão visando limitar, ou impedir práticas sexuais entre pessoas do mesmo sexo. Considerou-se também que se tratava de “uma doença do mundo desenvolvido”, distante da realidade brasileira. (Parker, 2018, p. 81 e 82) ou até mesmo um artifício de controle médico em relação aos homossexuais (Facchini, 2003, p. 92).

Para impedir que a Aids se tornasse uma ameaça à liberdade, negavam o impacto da epidemia. A negação vinha da necessidade proteção da comunidade contra os incisivos ataques direcionados aos homossexuais em decorrência da doença (Daniel, 2018, p. 132). No entanto, apesar da negação inicial e toda desconfiança gerada com o surgimento da epidemia e suas reais dimensões, o Movimento Homossexual teve um papel fundamental para a articulação e ao desenvolvimento das primeiras iniciativas de prevenção por parte da sociedade civil,

como os grupos da cidade de São Paulo, como o Outra Coisa²⁶ e o SOMOS (Galvão, 1997, p. 71 e 72).

Como recorda Teixeira (1997), em 1983, militantes de Movimento Homossexual de São Paulo cobraram respostas da Secretaria Estadual de Saúde logo no surgimento dos primeiros casos de Aids. Para além de pressionar, os militantes aliaram-se às incipientes ações do governo estadual, contribuindo para a criação de estratégias que visavam informar a população e identificar os casos suspeitos, entre elas a disponibilização de uma linha telefônica para orientar e informar a população. O Disque-Aids foi uma sugestão de um militante, tendo como referência a experiência de São Francisco nos EUA, sendo acatada pelos técnicos da Secretaria. As primeiras ações governamentais para lidar com a Aids no Brasil foram articuladas com os movimentos sociais. (Teixeira, 1997, p. 44-46).

A aids veio a público pela imprensa, mas foi comunicada às instâncias públicas de saúde pela comunidade homossexual. Esse fato não é sem importância, quando na França e nos Estados Unidos ocorreu o inverso [...] Essas experiências internacionais tiveram influência na atitude dos líderes homossexuais brasileiros (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, p. 50).

Após a pressão dos ativistas de São Paulo foi criado o Programa de Aids do estado em 1983, coordenado pela Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, p. 57). A criação do Programa impulsionou a realização de eventos em universidades e instituições de saúde (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, p. 21).

Além da contribuição do Movimento Homossexual e do engajamento dos profissionais da Secretaria Estadual de Saúde com o Movimento da Reforma Sanitária, algumas particularidades de São Paulo foram essenciais para que o estado estruturasse sua resposta à epidemia. Profissionais com vasta experiência de trabalho com a hanseníase, uma “enfermidade, historicamente vinculada ao medo do contágio, ao estigma e à discriminação” envolveram-se no atendimento de pessoas com Aids. (Teixeira, 1997, p. 47).

Nos primeiros anos da epidemia a reação do governo federal pode ser caracterizada como lenta e limitada. A limitação do Ministério da Saúde forçou estados e municípios a criarem estratégias próprias diante de um quadro novo e desafiador

²⁶ O Outra Coisa nasce da fragmentação do SOMOS em 1980. Inicialmente denominado Grupo Somos de Afirmação Homossexual, o SOMOS foi o primeiro grupo dedicado à luta pelos direitos da população LGBT (MacRae, 2018, p. 177). O grupo Outra Coisa, foi o primeiro a promover informações sobre a Aids, em 1983, na cidade de São Paulo. (Facchini, 2003, p. 92).

para a saúde global. Cada estado brasileiro estruturou sua resposta à epidemia segundo suas especificidades e possibilidades.

Os primeiros pacientes geralmente apresentavam um tipo de câncer de pele, o sarcoma de kaposi, logo, eram encaminhados para atendimentos dermatológicos. Assim como ocorreu em São Paulo, estados como o Rio Grande do Sul e Paraná, aproveitaram estruturas já existentes e adotaram como modelo organizacional o direcionamento desses casos para acompanhamento pela Divisão de Dermatologia Sanitária, a fim de orientar as ações de enfrentamento e assistir às pessoas com Aids. (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015). Nos estados do Rio de Janeiro e Minas Gerais predominou o interesse acadêmico-científico da Fundação Oswaldo Cruz e da Universidade Federal de Minas Gerais, e não a iniciativa estadual ou municipal para viabilizar estratégias (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, p. 87 e 107).

Em outros estados brasileiros as alternativas encontradas para lidar com a epidemia resultaram em ações mais fragmentadas, sobressaindo os esforços dos/as profissionais em atender a demanda que não era considerada pelo poder público. Capitais como Florianópolis, Salvador, Recife, Natal, Fortaleza e Belém haviam registrado seus primeiros casos e começavam a se preocupar em criar serviços hospitalares para receber os pacientes. Nesses estados, a prioridade absoluta era a hospitalização dos doentes, diante da gravidade e a complexidade do quadro clínico, o que deu origem a um movimento em torno da assistência hospitalar para Aids, quase sempre por iniciativas individuais, com pouco apoio institucional dos níveis centrais das Secretarias de Saúde. (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, p. 115).

Apesar da cooperação estabelecida entre profissionais da saúde com os movimentos homossexuais, os embates eram inevitáveis. A ideia de que a promiscuidade era um fator risco para a Aids, vinculando-a à comunidade gay, aparecia no discurso médico, como pontuado anteriormente, e gerava conflitos públicos. Logo, os/as ativistas perceberam que a abordagem sobre a Aids deveria ultrapassar o discurso técnico-médico, que tratava a questão de maneira fria, gerava pânico e dificultava seu enfrentamento. (Contrera, 2000, p. 39).

Grupos foram criados com objetivo de enfrentar a epidemia, seja organizando-se e cobrando o poder público, como também criando estratégias de prevenção próprias. E assim como enfatiza Galvão (1997, p. 74) o surgimento da primeira organização da sociedade civil (OSC) brasileira, se dá ao menos um antes da criação

do Programa Nacional de Aids, evidenciando o pioneirismo do que depois ficaria conhecido como o movimento social de Aids.

Diante da inação do governo federal, uma resposta crítica à negligência governamental começa a ser formada. O ativismo contra a Aids passa a tentar responder às questões que surgem a partir da Aids e que foram frequentemente ignoradas pelo poder público nos primeiros anos da epidemia.

Na verdade, esta resposta parece ter dependido, em grande parte, de uma espécie de revolta diante da inércia institucional e da sensação de que nada será feito se os próprios cidadãos não tomarem os problemas em suas próprias mãos. Em algumas circunstâncias relativamente limitadas, esta resposta surgiu de organizações já existentes no movimento de liberação gay, que se tornou cada vez mais ativo na distribuição de material educacional e informativo (Parker, 1994, p. 42).

A atuação desse movimento, dedicado especificamente ao enfrentamento à Aids, contrapõe-se aos estereótipos reproduzidos pela mídia, resultando em abordagens mais adequadas da epidemia. O ativismo também influenciou um olhar mais sensível no que diz respeito à diversidade que envolve a Aids. A partir da iniciativa, começa a ser desenvolvido um diálogo entre o governo e militantes, permitindo a elaboração de resposta políticas mais efetivas (Parker, 1994, p. 42 e 43).

O Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA/SP), criado no início de 1985, foi uma iniciativa pioneira não só no país, mas também na América Latina, tornando-se a primeira organização não-governamental de base comunitária dedicada ao enfrentamento da epidemia. As frentes de atuação do GAPA/SP envolviam ações de prevenção e informação e de assistência às pessoas acometidas pela Aids e suas famílias. Todo trabalho desenvolvido pelo Grupo tinha como base o ativismo político. (Contrera, 2000, p. 39 e 40).

O GAPA/SP deu início as estratégias de sexo seguro no país. O cartaz cujo slogan era “Transe numa boa”, produzido por Darcy Penteado, em 1985, foi a primeira iniciativa de prevenção da Aids. O material foi pensado para ser distribuído pela cidade de São Paulo e exposto em locais frequentados pelo público homossexual, como saunas e boates. Divulgava o preservativo como forma de proteção e apresentava formas de manter a atividade sexual e sentir prazer para além da penetração, reduzindo as chances de transmissão (figura 3). No fim do cartaz foi disponibilizado o número telefônico para informação, lembrando o Disque-Aids. A iniciativa do GAPA não foi bem recebida por políticos conservadores, autoridades de saúde e religiosos que acusavam que o cartaz incentivava o sexo antes do casamento e a

homossexualidade, além de ter sido classificado com imoral e grosseiro. (Contrera, 2000; Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015a; MacRae, 2018).

Figura 3 – Cartaz divulgado pelo GAPA em 1985



Fonte: Museu da Diversidade Sexual (Facebook).

Diante das críticas, a abordagem do preservativo na prevenção de uma infecção sexualmente transmissível foi uma inovação para a época. No Brasil, e em outros países industrializados, o preservativo era pouco popular e sua função estava relacionada à contracepção e de forma coadjuvante na prevenção de doenças. (Pinheiro, 2015, p. 70 e 71). Foi o Movimento Homossexual que apresentou o preservativo como alternativa de prevenção. A noção de sexo seguro e, atualmente, entendido como sexo mais seguro, já que todo método preventivo pode falhar, foi incorporado nas ações governamentais após ampla divulgação pela sociedade civil. Nesse processo, a contribuição de profissionais da saúde envolvidos com o Movimento Sanitário facilitou o diálogo entre autoridades de saúde e as comunidades mais afetadas. A Aids demandou a compreensão de aspectos socioeconômicos e culturais pouco considerados no campo da saúde até então.

Em sua trajetória o GAPA/SP contou com o financiamento de fundações internacionais, como a Fundação Ford Fundação MacArthur Fundação London Light House Fundação Lévis Strauss (Contrera, 2000, p. 55). Esse tipo de incentivo foi fundamental para que as ações da sociedade civil fossem efetivadas. A iniciativa dos ativistas de São Paulo inspirou que outros grupos fossem criados pelo país, chegando a somar ao menos 15 GAPAS pelo Brasil²⁷. Cada novo grupo formado criava suas próprias estratégias de atuação, mas respeitando as diretrizes de seus estatutos e princípios éticos. (Contrera, 2000, p. 68 e 70).

Apesar do protagonismo dos grupos de São Paulo, o Movimento Homossexual atuante em outros estados também contribuiu para chamar a atenção para a gravidade da epidemia. O Grupo Gay da Bahia (GGB), lançou seu primeiro Boletim em 1982, de acordo com seu fundador, Luiz Mott, a publicação trazia um alerta sobre a recém-descoberta doença e orientações para que pessoas com sintomas os procurassem para intermediar o contato com médicos estadunidenses interessados em pesquisar a nova doença (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015a, p. 27).

O Dialogay, grupo de Aracaju, debruçou-se sobre a questão da Aids antes mesmo do surgimento do primeiro caso em Sergipe, que se deu em 1987 (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015a, p. 28). O Atobá do Rio de Janeiro, assim como o Dialogay e o GGB, dedicou parte de suas atividades a contribuir com a prevenção entre a comunidade homossexual (Galvão, 1997, p. 88). Em todo país surgiram grupos em prol da prevenção do HIV e da assistência às pessoas doentes, seja no âmbito da saúde, assistência social ou no apoio jurídico²⁸.

A luta pelo reconhecimento da saúde enquanto direito mobilizou outras vítimas da Aids e impactaram na política de saúde brasileira, como foi o caso da comercialização do sangue e as péssimas condições dos bancos de sangue privados na década de 1980. O maior representante dessa luta, Herbert de Souza, conhecido como Betinho, era hemofílico e recebeu sangue infectado em uma transfusão. O sociólogo fundou, em 1986, a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) que buscou “desde a sua criação, uma articulação com as políticas de AIDS internacionais,

²⁷ Jane Galvão menciona a existência de 18 GAPAs pelo país (1997, p. 73).

²⁸ Segundo Contrera (2000, p. 48), “o GAPA iniciou o primeiro trabalho de assessoria jurídica para os portadores do HIV assintomáticos e doentes, através da Dra. Áurea Celeste da Silva Abbade. Este serviço foi o primeiro do Brasil e da América Latina”.

assim como a elaboração de críticas às políticas públicas de saúde relacionadas à AIDS" (Galvão, 1997, p. 86).

A ABIA nasce da liderança de Betinho, em parceria do médico Walter Almeida, e da articulação de um grupo diverso, formado por representantes do segmento médico, intelectual, político e artístico. A criação da Associação alavancou o movimento de Aids no Rio de Janeiro. (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015 a, p. 65). O estado ganhava notoriedade no debate do controle do sangue. A falta de procedimentos para garantir a qualidade do sangue fornecido a hospitais, não era uma exclusividade do Rio de Janeiro, mas existiam particularidades que fizeram com que o estado ganhasse destaque. Provou-se que os bancos de sangue clandestinos faziam parte de uma cadeia de ilegalidades. (Contrera, 2000, p. 20).

Betinho, por exemplo, foi mestre nesse sentido, argumentando que a AIDS podia não ter cura (ainda), mas que certamente tinha uma "vacina", e articulando a noção de "solidariedade" – que havia adquirido simbolismo poderoso durante a longa luta contra a ditadura militar – como a vacina que a sociedade brasileira poderia usar para enfrentar o flagelo do HIV e do estigma e discriminação relacionados à AIDS. (Parker; Aggleton, 2021, p. 14).

Os casos de Aids em pessoas infectadas por transfusão de sangue despertaram uma comoção diferente. Se antes a suposta relação da Aids com a promiscuidade culpabilizava homossexuais, no caso dos hemofílicos não havia culpa pela infecção. Construía-se, a partir da moralização da forma de transmissão do HIV, duas categorias: "vítimas inocentes" e "vítimas culpadas". No primeiro grupo podem ser incluídas crianças que adquiriram HIV via transmissão vertical, enquanto no segundo, pessoas que usam drogas e trabalhadoras/es sexuais. (Góis, 2003, p. 28).

A ABIA denunciava publicamente o descaso do governo federal acerca da questão, principalmente em seus boletins. A Secretaria Estadual de Saúde e a Fiocruz uniram-se à Associação contra os bancos de sangue clandestinos (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015a, p. 71). E, mais uma vez, os governos estaduais se organizaram para enfrentar a epidemia diante da inércia do governo federal e da falta de uma legislação que obrigasse os bancos de sangue a realizarem teste anti-HIV antes de distribuí-los aos hospitais (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, p. 375). O fim do comércio de sangue e derivados tem início após a Constituição de 1988, quando foi proibida sua comercialização e tornou-se obrigatória a realização de testes (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, p. 382). Como destacado por Marques (2002,

p. 61 e 62), foi a partir da cobrança desses agentes o governo federal passou a tratar a epidemia como uma questão de saúde pública, que demandava iniciativas integradas e de abrangência nacional.

As denúncias das associações de hemofílicos, ao expor o mercado cruel que envolvia os bancos de sangue no país, diante da falta de comprometimento do governo federal e da consequente desorganização do enfrentamento da epidemia no país, também forneceram as bases da política e da solidariedade para a formação da resposta brasileira ao HIV.

2.3 Respostas do Governo Federal e o princípio de solidariedade

A resposta nacional começa a ser estruturada com a criação do Programa Nacional de Aids, por meio da Portaria n.º 236, de 2 de maio de 1985, viabilizando o planejamento e execução das primeiras iniciativas vindas do governo federal, entre elas a recomendação da notificação dos casos de Aids no país. O Programa foi alocado na Divisão de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde. (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, p. 136).

A partir de então, o Ministério da Saúde passou a organizar as ações de controle da epidemia no país, incluindo a realização da primeira campanha sobre o tema no mesmo ano. No entanto, não houve menção ao uso do preservativo como método de prevenção, ocasionando críticas de diversos setores engajados com a questão, além do fato da gestão ministerial daquele período também não direcionar recursos financeiros suficientes para o enfrentamento da Aids (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, p. 136 e 137).

Em 1986, o Ministério da Saúde torna a notificação dos casos de Aids e sífilis compulsória (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, p. 141). No mesmo ano, o órgão fez uma nova campanha. Diferentemente da anterior, esta abordou “as formas de transmissão, o caráter fatal da doença, a importância do uso da camisinha e de seringas e agulhas descartáveis”, estimulou a solidariedade, incentivou a redução de parcerias sexuais e além de enfatizar que qualquer pessoa pode estar exposta ao vírus (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, p. 144). Apesar da campanha tratar de debates urgentes, destacando-se uma abertura na concepção que ainda prevalecia sobre a ideia de grupo de risco, sua veiculação foi adiada devido ao receio dos

possíveis impactos que ela pudesse gerar, sendo apresentada ao público no ano seguinte. (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, p. 144).

Todavia, somente a partir de 1987 a Política Nacional de Aids assume um novo patamar com a criação da Divisão de DST/Aids, fazendo com que o Programa Nacional de Aids deixasse a Divisão de Dermatologia Sanitária. A mudança na estrutura organizacional permitiu a “implantação de ações de âmbito nacional e na mobilização dos recursos necessários para tanto” (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, p. 147). Naquele ano, “o Brasil se beneficiou dessa primeira captação, mediante o repasse anual de 500 mil dólares para o Programa Nacional por intermédio da OPAS” (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, p. 163).

Torna-se relevante evidenciar as divergências existentes entre o Programa Nacional de Aids e as gestões de políticas estaduais e municipais no que concerne à utilização do preservativo e à redução de danos voltada para usuários/as de drogas injetáveis (UDI) como formas de prevenção, tendo em vista o receio do Programa se posicionar e “comprar uma briga” com setores fortes da Igreja Católica que não apoiavam tal estratégia (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, p. 168).

Devido a isso, o Programa em nível federal adiou a promoção do uso do preservativo como estratégia de prevenção. Essa abordagem do método só aconteceu em campanhas oficiais a partir de 1989. Já a redução de danos demorou mais tempo para ser incorporada com estratégia do Programa. A partir de 1992, houve a divulgação em meios de comunicação sobre a possibilidade de transmissão do HIV no compartilhamento de agulhas e seringas e a proposta da utilização desses materiais de maneira individual e descartável. A política nacional passou a incentivar a criação de iniciativas de redução de danos a partir de 1995, com o expressivo número de casos entre UDI. (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, p. 169).

Parker (1994) abordou sobre as complexidades envolvidas na prevenção da epidemia nessa população, tendo em vista a reiterada criminalização de UDI no Brasil. O autor avalia que o alto custo comercial de agulhas e seringas e a inexistência de oferta pública dos insumos como parte de uma estratégia para inibir o uso de drogas injetáveis. No entanto, a falta de acesso acarretava maiores chances de reutilização e compartilhamento desses materiais entre UDI.

O fornecimento de agulhas e seringas foi uma estratégia adotada por países como a Inglaterra, Austrália e Países Baixos, que enfrentavam altos índices de hepatite B entre UDI, na década de 1960. A redução de danos em decorrência da Aids

foi aplicada nesses países em 1985. No Brasil, o governo federal recorreu a estratégia quase uma década após o expressivo aumento de casos de Aids entre UDI no país, especialmente nos estados de São Paulo, Santa Catarina, Paraná, Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, p. 395).

Apesar do estímulo do governo federal aos projetos de redução de danos em 1995, divergências com a legislação e autoridades de segurança dificultavam as iniciativas nesse campo. Em São Paulo, por exemplo, as trocas de agulhas e seringas passaram a ser autorizada após a aprovação do projeto de lei do deputado estadual Paulo Teixeira, em 1998, que validava a estratégia para fins de saúde pública. (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, p. 397).

Para Ramos (1989, p. 8), o reflexo de concepções equivocadas sobre a prevenção no contexto do uso de drogas aparece na campanha do Ministério da Saúde no governo de José Sarney. O autor avalia que a iniciativa exemplifica o uso do medo para representação de uma população vulnerável à Aids, limitando a prevenção e estimulando o preconceito.

O jovem afirma que foi tocado pelo vírus numa roda de amigos que usaram a mesma seringa para consumir drogas (não diz qual, nem como, nem por quê). E então, pronuncia a frase que tem sido a idéia-basilar de todo o programa oficial de prevenção no Brasil: AIDS=MORTE. "AIDS é uma viagem que não tem volta". Metáfora convencional para reafirmar a mentira-pânico preferida pelo nosso governo: cuidado com a AIDS, porque ela mata; previna-se da AIDS porque quem pega, morre; fuja dela, porque ela é a morte [...] "Mas no final do filme de "prevenção", o jovem anuncia a mais deslavada mentira que se poderia engendrar para desinformar sobre AIDS: "AIDS e drogas, algum dia, acabam sempre se encontrando." Corta: "Ministério da Saúde", "Governo José Sarney" (Ramos, 1989, p. 8 e 9).

O discurso do medo também foi incorporado no governo de Fernando Collor de Mello. Quando Collor assumiu a presidência, o Brasil era o segundo país no mundo em número de casos de Aids (Abia, 1990, p. 9). No entanto, em seu governo foi desarticulado o pouco que se tinha em matéria de uma política nacional. Em decorrência dos cortes de recursos na saúde e, consequentemente, na política de Aids, houve uma redução dos/as profissionais dedicados ao enfrentamento da epidemia no âmbito federal. (Teixeira, 1997, p. 63).

O Ministério da Saúde ficou sob a gestão de Alcenir Guerra entre 1990 e 1991 (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, p. 184). Quase todas as iniciativas do Ministério da Saúde para enfrentar a Aids nesse período revelavam-se desastrosas.

A campanha “Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar”²⁹ foi duramente criticada por promover a prevenção associada ao medo e a morte (Teixeira, 1997, p. 63).

[...] entre a omissão e a demonstração autoritária de personalismo, continua em total silêncio em relação à epidemia. Segue à risca o mesmo descaso e a mesma arrogância que foram usados nos últimos cinco anos, enquanto o superficial programa de DST/ AIDS era desgovernado por burocratas insensíveis (Abia, 1990, p. 9).

Se por um lado a Aids perdeu o “*status de prioridade*”, por outro algumas conquistas foram alcançadas. Durante a era Collor teve início as negociações com o Banco Mundial (Barros, 2013). A distribuição gratuita dos medicamentos antirretrovirais e para doenças oportunistas, imprescindíveis para as pessoas que viviam com Aids, também começou nesse período (Marques, 2002; Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, p. 171). Com o impeachment do então presidente, o Ministério da Saúde se reorganizou e iniciou um diálogo efetivo com as organizações da sociedade civil (Abia, 2012, p. 4).

Como recorda Barboza (2021, p. 49), o Brasil organizou sua resposta à epidemia ainda em 1983, antes da implantação do SUS em 1990 e antes dos empréstimos do Banco Mundial. Portanto, para o Ministério da Saúde os recursos do Banco eram aportes adicionais aos investimentos do tesouro. A assinatura do acordo, em 1992, pelo presidente Itamar Franco, se deu no contexto da descentralização das ações de saúde para as esferas estaduais e municipais. Destaca-se também o fortalecimento das organizações que atuavam nas frentes de prevenção, apoio jurídico e apoio social para pessoas com HIV.

O empréstimo de 1992 foi direcionado ao fortalecimento dos programas de prevenção e assistência as pessoas com Aids. Também possibilitou que organizações da sociedade civil que atuassem nessas áreas pudessem participar de processos oficiais de financiamento. O GAPA, por exemplo, entre 1993 e 1994 recebeu recursos da então Coordenação Nacional de DST e Aids para o desenvolvimento de diferentes projetos. (Contrera, 2000, p. 57).

De fato, os recursos do Banco Mundial viabilizaram projetos e atividades promovidas pelas organizações da sociedade civil. No entanto, o investimento do Banco é acompanhado de contrapartidas, já que “os contratos de empréstimo do Banco Mundial trazem condicionalidades (exigências) sobre o que os governos dos

²⁹ Filme da Campanha disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=lc_sbLoqgRE. Acesso em: 18 mar. 2023.

Estados clientes devem ou não fazer em matéria de política econômica e políticas públicas em geral". A atuação do Banco não se limita à área econômica. Ela adentra ao campo político e intelectual, tendo em vista "sua condição singular de emprestador, formulador de política e indutor de ideias e prescrições sobre o que fazer em matéria de desenvolvimento capitalista". (Mendes Pereira, 2018, p. 2189).

No governo de Fernando Henrique Cardoso foi promulgada a Lei 9.313, de 13 de novembro de 1996, que garante a distribuição gratuita de medicamentos para as pessoas que vivem com HIV e Aids. A referida lei ficou conhecida como "Lei Sarney" e fortaleceu o respaldo legal que se tinha para o acesso aos medicamentos antirretrovirais e foi fundamental para a aquisição desses insumos pelo Programa Nacional de Aids. A lei é resultado de uma intensa mobilização da sociedade. No mesmo ano, foi aprovada a Lei 9.279. (Reis; Vieira; Chaves, 2011, p. 19 e 20).

No caso brasileiro, o posicionamento do Banco Mundial não interferiu na concretização dos empréstimos e do acesso gratuito ao tratamento antirretroviral (TARV) no país. No entanto, os recursos da instituição não custearam os antirretrovirais e nem o de doenças oportunistas. O posicionamento da instituição foi reforçado em 1998, na publicação "Confronting Aids". O Banco reconsiderou sua perspectiva sobre o tratamento em 2001. (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, p. 207).

No fim dos anos 1990, o Banco recomendava aos países em desenvolvimento que os recursos deveriam ser direcionados para as iniciativas de prevenção. Naquele momento, a instituição defendia que a principal estratégia para enfrentar a epidemia deveria ser a distribuição de preservativos. Já o tratamento e a assistência às pessoas que viviam com HIV não eram considerados bons investimentos pelo Banco devido aos altos custos que demandavam. Até meados dos anos 2000, o Brasil contou com a cooperação do Banco Mundial para a execução de projetos. A parceria apresentou resultados importantes, mas não sem antes suscitar divergências entre o governo federal e o Banco Mundial. A atuação do governo brasileiro no enfrentamento à epidemia ia em direção contrária às posições da instituição, pautada na lógica de custo-benefício, como no acesso ao tratamento. (Galvão, 1997; Mattos; Terto Jr; Parker, 2001; Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b; Barboza, 2021).

No âmbito externo, a 54ª Assembléia Mundial da Saúde, em 2001, situava a política de saúde brasileira à frente das adotadas pela OMS, servindo de referência para atitudes mais ousadas. Nesse particular, destacam-se a

defesa do medicamento como direito humano, o controle da AIDS não só através da prevenção mas com o tratamento (Paim, 2008, p. 231).

O Brasil passou a produzir antirretrovirais genéricos a fim de baratear o custo e garantir o acesso universal ao tratamento, conforme a legislação previa. Por isso, liderou uma discussão internacional sobre os impedimentos gerados pelos acordos internacionais propostos pela Organização Mundial do Comércio (OMC) acerca da produção de antirretrovirais genéricos. (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015b, p. 342-343).

A década de 1991-2001 foi considerada a “década de ouro” da resposta à epidemia. Com a saída de Collor o Programa Nacional de Aids incorporou o princípio da solidariedade e baseou-se nos referenciais dos direitos humanos na condução de seus discursos e suas ações. Nesse período o Brasil ganhou destaque no cenário internacional por demonstrar que era possível incluir o acesso aos medicamentos com parte da política de saúde, mesmo sendo um país considerado pobre. (Abia, 2012, p. 5 e 6).

O espaço conquistado pelo Movimento Social de Aids e o diálogo que foi estabelecido com governos, especialmente na esfera federal, fizerem com que a condução da resposta brasileira pudesse se fortalecer, mesmo em contextos adversos, quando outras políticas sociais sofriam com a falta de recursos federais. Rich (2019) desenvolve o conceito de “ativismo patrocinado pelo Estado” para explicar que a manutenção da Política de Aids é fruto das relações de cooperação entre o Movimento de Aids Brasileiro e burocratas do governo federal.

Para o Movimento a proximidade com burocratas garantia que os recursos necessários para sobreviverem estivessem disponíveis, dentro da legalidade, fortalecendo e expandindo seus projetos. Por outro lado, o apoio do Movimento favorecia as ambições dos burocratas no âmbito das políticas que estavam sob sua responsabilidade. O movimento social poderia fazer o “barulho” que não era conveniente para representantes do governo federal. (Rich, 2019).

O argumento da autora colabora para o entendimento das particularidades da Política de Prevenção. Não obstante a passagem de Collor e as políticas econômicas de cunho neoliberal de FHC em seus dois mandados, percebe-se que em relação à Aids há um engajamento do governo federal, fazendo com que o país liderasse posicionamentos frente a grandes potências. Possivelmente a postura adotada em

relação a epidemia tenha conferido certo prestígio para FHC e seu ministro da saúde José Serra.

Além das questões relacionais entre o Movimento Social de Aids e o governo federal, destaca-se que a inclusão do princípio da solidariedade no discurso e nas iniciativas de prevenção, sejam elas governamentais ou não, mobilizou a sociedade brasileira inserindo a Aids nos mais diversos debates públicos. A discriminação e o preconceito gerados pela produção de representações sociais da doença fez com que surgissem diferentes formas de comoção com a dor e o sofrimento alheio. No entanto, a forma como a solidariedade foi defendida e praticada pelo Movimento de Aids não permitiu que ocorressem separações entre vítimas culpadas e inocentes.

No contexto da epidemia a solidariedade transcende a expressão de um sentimento fraternal, de caridade e de ajuda. Enquanto princípio, a solidariedade torna-se a base dos discursos e das reivindicações do Movimento Social de Aids. Para Pollak (1988, p. 4 e 5) se faz necessária “uma solidariedade que não se restringe ao grupo homossexual, vai além. Nesse sentido, há uma espécie de reconversão da militância homossexual, para essa luta contra a Aids, mas não só contra a Aids”.

A solidariedade, assim como a vulnerabilidade, adquire dimensões e sustenta o surgimento de um contradiscorso que move as reivindicações pela garantia dos direitos humanos das pessoas acometidas pelo HIV. Tendo em vista as definições de solidariedade expressas no discurso da ABIA, observadas no decorrer da pesquisa documental e bibliográfica, considerou-se pertinente identificar seus significados e sentidos. Como resultado, percebeu-se que o princípio da solidariedade no discurso da ABIA tem dimensões ético-morais, teórico-metodológicas e político-ideológicas, aqui organizadas (quadro 1) para elucidar a interpretação das publicações pelo contexto/conteúdo que apresentam.

Quadro 1- Dimensões do princípio da solidariedade identificadas no discurso da ABIA.

Dimensões	Unidade de Contexto	Boletim	Ano	Pg.
Teórico-metodológicas	“[...] é o instrumento fundamental na tarefa de eliminar a epidemia, valorizando a vida”.	nº 2	1988	02
Ético-morais	“trabalho coletivo de convivência das diferenças”	nº 11	1990	03
Político-ideológicas	“ferramenta básica de modelação da democracia”	nº 11	1990	03
Ético-morais	“Os direitos humanos, tal como devemos estabelecê-los, são, hoje, princípios da solidariedade [...]”	nº 11	1990	03
Político-ideológicas	“[...] fundada nos princípios da solidariedade, ou seja, no respeito estrito às normas democráticas”.	nº 11	1990	10
Teórico-metodológicas	“é uma metodologia que impõe a criação de campanhas de prevenção onde se valorize a vida e sobretudo o exercício de cidadania”	nº 13	1991	03
Ético-morais	“[...] à solidariedade, entendida como exercício da cidadania, [...] e, não apenas, um recurso retórico, um clichê discursivo esvaziado de conteúdo”.	nº 16	1992	02
Ético-morais	“[...] senso de responsabilidade coletiva que se chama solidariedade”	nº 18	1993	08
Político-ideológicas	“[...] a cura para a AIDS se chama solidariedade”	nº 24	1994	04
Teórico-metodológicas	“[...] nos últimos anos os movimentos sociais inventaram uma poderosa estratégia para enfrentá-los: a solidariedade”.	nº 50	2003	14
Ético-morais	“[...] capacidade de, a partir do respeito à diferença e à autonomia, estabelecer objetivos comuns, de colocar-se no lugar do outro, de reivindicar por direitos e justiça que, em realidade, são de todos, é resultado das pontes de solidariedade”	nº 50	2003	14
Político-ideológicas	“Será necessário muito ativismo e solidariedade para conseguirmos superar o sectarismo, inimigo da politização”.	nº 54	2006	04
Ético-morais	“[...] a partir dos princípios éticos tais como a solidariedade [...]”	nº 61	2016	21
Ético-morais	“[...] a solidariedade como um conceito político que envolve empatia, participação, mobilização, protagonismo, respeito e igualdade de direitos”.	nº 62	2017	02
Ético-morais Político-ideológicas	“Longe de significar compaixão, no ideário dos dois Herbersts, a solidariedade previa participação, mobilização, protagonismo, empatia (capacidade de se colocar no lugar do outro), respeito às diferenças e igualdade de direitos”.	nº 62	2017	23
Ético-morais Político-ideológicas Teórico-metodológicas	“[...] afirmar a solidariedade como princípio para enfrentar a desigualdade no acesso à saúde, e dar fim ao estigma e aos preconceitos que tanto matam [...]”.	nº 63	2018	07

Quadro elaborado pela autora.

Segundo Barroco (2022), as relações sociais demandam que os indivíduos busquem de alguma forma posicionar-se eticamente, conferindo-lhes responsabilidades por seus atos, não só pelas consequências que podem causar para si, mas pela compreensão que elas podem causar algum tipo impacto negativo na vida de outras pessoas. Assim, a responsabilidade sobre as atitudes tomadas é permeada pela noção do direito de outros indivíduos de receberem tratamento respeitoso e igualitário, sem que suas particularidades impliquem em desigualdades no acesso desses direitos.

As estratégias de prevenção, de acordo com Parker (2016), formuladas no início da epidemia pela comunidade gay e articulada pelos/as primeiros/as ativistas no Brasil “foi mais sobre a preocupação com o outro ou com quem havia sido seu parceiro, namorado ou grande amor” (Parker, 2016, p. 15). Mudanças de atitudes na adesão de estratégias preventivas nesse contexto demonstram a dimensão ético-moral da solidariedade.

A solidariedade possui uma dimensão político-ideológica que sustentou e motivou a defesa de valores democráticos e inclusivos no campo da saúde e dos direitos humanos. Conforme Barroco (2022), as existências de um sistema normativo que possui costumes, comportamentos e valores instituídos são impostos aos indivíduos.

A dimensão ideológica é o que pode contribuir para que os indivíduos tenham o ímpeto de questioná-los. Apesar das questões circunstanciais “entre as quais está o conhecimento crítico capaz de desvelar esses mecanismos ideológicos, o que evidentemente não basta para mudar a estrutura moral da sociedade, mas pode mudar a relação que o indivíduo estabelece com ela” (Barroco, 2022, p. 62). As bases políticas favorecem a organização e o direcionamento para reivindicações.

O modo de ser capitalista é fundado em uma sociabilidade regida pela mercadoria, ou seja, em uma lógica mercantil, produtora de comportamentos coisificados, expressos na valorização da posse material e espiritual, na competitividade e no individualismo; um modo de ser dirigido a atender às necessidades desencadeadas pelo mercado. A coisificação das relações humanas transforma escolhas, capacidades, sentimentos, afetos e valores em objetos de desejo e de posse. Mais do que isso, inverte-se o valor da existência humana e das coisas ao fetichizar os objetos, dotando-os de humanidade e transferindo suas “virtudes” aos compradores, como diz Marx ao se referir ao dinheiro, com sua propriedade de tudo comprar (Barroco, 2022, p. 157).

O princípio de solidariedade apresenta alternativas para a construção das relações sociais, a partir da garantia de direitos e do exercício da cidadania. Questiona a lógica individualista do sistema capitalista que organiza as relações sociais, suas prioridades e a exploração que promove.

Para Fleury e Ouverney (2012) a cidadania implica a existência de políticas que incluam indivíduos e possibilitem compartilhar de valores comuns “aos poderes públicos, à própria sociedade e ao conjunto de direitos e deveres” que possuem. Pertencer a uma comunidade política presença vínculos jurídicos e políticos, demanda a participação ativa de cidadãs e cidadãos nas esferas públicas.

A solidariedade, que tem um sentido operacional e teórico, foi construída para ser o fundamento de práticas e discursos. A sua dimensão teórico-metodológica é percebida na recorrência em que é conceituada, conforme apresentado no quadro 1. Da contestação dos discursos de autoridades médicas e políticas, a solidariedade surge como vertente teórica que adentrou os espaços acadêmicos e das instituições de saúde, por vezes sendo incorporados por organizações globais, como o UNAIDS, colaborando para compreensão das dimensões da Aids e para a formulação de políticas públicas.

Por fim, uma reportagem da TV Manchete³⁰ (1990) traz despretensiosamente uma definição fundamental da solidariedade em tempos de Aids (Apêndice A), que perpassa todas as suas dimensões.

Mônica Teixeira: Zeca e Marcio viveram juntos por 5 anos. Há 6 meses Marcio morreu de Aids. Eu tenho certeza que o Zeca nunca vai se esquecer do Márcio. [...] Eu quis saber do Zeca porque que ele fez isso. [...] Márcio ficou de cama quase um ano. E Zeca nunca deixou de estar ao lado do companheiro. Já faz 2 anos que Zeca sabe que também tem o vírus da Aids. Nele a doença não se manifestou até agora.

Zeca Nogueira: Eu cuidei dele por amor e por falta de opção mesmo, né. Porque eu não ia conseguir fazer outra coisa a não ser ficar do lado dele, que era a minha vontade. Sempre minha vontade. Desde que eu conheci ele, a minha vontade era ficar do lado dele.”

A solidariedade foi incorporada à Política de Prevenção desenvolvida pelo Estado brasileiro (ABIA, 2012, p. 4), propiciando uma resposta nacional fundada no reconhecimento dos direitos humanos. No entanto, episódios ocorridos entre 2012 e 2013, envolvendo o veto de campanhas, demissões, contradições do Ministério da

³⁰ A TV Manchete acompanhou por 2 meses a vida de Hebert Daniel e seu companheiro, Cláudio Mesquita. A reportagem incluiu depoimentos de profissionais da saúde e pessoas que viviam com Aids. Viva a Vida: Herbet Daniel, o Amor e a AIDS nos anos 80 – Parte 2 de 3 – TV Manchete, 1990. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=BOMa_9tJ-oc. Acesso em: 01 out. 2024.

Saúde e Ministério da Educação demonstram que a solidariedade, recurso importante para garantir a permanência da ousadia no enfrentamento do HIV e Aids, perdeu espaço na Política de Prevenção.

3 ANÁLISE CONJUNTURAL DOS GOVERNOS DILMA: O FIM DA OUSADIA NA PREVENÇÃO

"Eu tinha 19 anos. Eu fiquei três anos na cadeia e eu fui barbaramente torturada, senador. E qualquer pessoa que ousar dizer a verdade para interrogadores, compromete a vida dos seus iguais, entrega pessoas para serem mortas. Eu me orgulho muito de ter mentido, senador. Porque mentir na tortura não é fácil".
(Dilma Rousseff, 2008).

Dilma marca a história do Brasil por ser a primeira mulher eleita para presidência da república. A ex-militante de oposição ao regime civil-militar foi presa e torturada. Na presidência, levou companheiras de luta a ocuparem cargos importantes em seu governo. Entretanto, o caminho percorrido rumo à presidência começou a ser traçado nos mandatos de Lula. Para chegar à presidência, Lula e o PT precisaram se aproximar do mercado financeiro e de grupos conservadores como forma de demonstrar sua capacidade de liderar e manter uma estabilidade política e econômica. E, talvez, por ousar traçar seus próprios caminhos, Dilma tenha feito escolhas que a distanciava de Lula, especialmente a partir de 2015. Enfrentou uma oposição forte na tentativa de estabelecer uma política econômica e acabou desagradando as bases de apoio do partido.

No campo da Aids Dilma também entrou para história, só que pelo recuo da resposta brasileira acarretada por decisões políticas que enfraqueceram os pilares que sustentaram o sucesso da prevenção: censuras de campanhas de prevenção, demissões causadas por pressão parlamentar, redução de espaços para falar sobre sexualidade, entre outras escolhas que prejudicaram a prevenção do HIV e Aids no país.

Nesse sentido, o presente capítulo estrutura-se a partir da apresentação dos governos de Lula, essencial para a contextualização dos governos da presidente Dilma, evidenciando os acordos feitos pelo presidente e pelo PT para alcançar a maioria dos votos nas eleições e as condições necessárias para a governabilidade. Lula dialogou, negociou e renunciou as determinadas ideologias de esquerda que antes o impediram de entrar no jogo político-econômico. Firmou acordos com neoconservadores e comprometeu-se em não promover mudanças radicais.

Dilma deveria seguir o plano, manter os apoios e os respectivos acordos, mas a conjuntura era outra, incluindo o agravamento da crise estrutural do capital. As escolhas do PT, de Lula a Dilma, rebateram na Política Nacional de Aids. No campo

da prevenção isso significou um recuo, não obstante a abertura também histórica do partido para as pautas identitárias.

3.1 As contradições do Governo Lula

A eleição de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), em outubro de 2002, foi um marco na história recente da política nacional. Sua vitória representou para muitos/as a esperança de um país mais justo.

Lula destacou-se como importante liderança do novo movimento sindical iniciado no Brasil, na segunda metade da década de 1970. Ainda sob o regime civil-militar, em 1978, Lula esteve à frente de uma greve com 300 mil metalúrgicos/as em reivindicação de aumento salarial. Das negociações, os/as trabalhadores/as conseguiram um acordo relevante para a categoria e expressivo para o reconhecimento de Lula como referência sindical no país. O Partido dos Trabalhadores (PT) surge em 1980, demarcando posicionamentos firmes e critérios rigorosos para firmar alianças com outros partidos políticos e organizações. (Saad Filho; Morais, 2018, p. 85 e 86).

André Singer (2012) dedicou-se a compreender a trajetória do PT e de sua maior e mais popular liderança, no ímpeto de evidenciar os impactos das mudanças sociais, econômicas e políticas no eleitorado brasileiro. O projeto político idealizado pelo PT e por Lula para a campanha de 2002 vislumbrou a união/conciliação entre diversos setores da sociedade. Para tanto, optaram por um discurso ameno, em detrimento da ênfase na defesa da classe trabalhadora. Prometeram um governo progressista, mas não revolucionário.

A defesa de um projeto político, econômico e social de oposição radical ao neoliberalismo foi redirecionada. Assumiu-se um compromisso com a manutenção do projeto em curso, promovendo mudanças discretas o suficiente para não assustar o capital e parte importante do eleitorado conquistado. O “lulismo”, termo criado pelo cientista político Singer, nasce da adoção de políticas de redução da pobreza, iniciadas em 2003, e favorecidas pelo contexto econômico internacional, sem gerar conflitos com o grande capital. Estas escolhas, associadas aos escândalos do mensalão em 2006³¹, forçaram um “realinhamento eleitoral”, dando origem ao fenômeno. (Singer, 2012, p. 13).

³¹ O “escândalo do mensalão” teve início em maio de 2005 e criou “[...] um cerco político-midiático ao presidente, deixando-o na defensiva por cerca de seis meses”. As denúncias de corrupção fizeram com

Singer reconhece que a utilização do conceito de “realinhamento eleitoral” em sua abordagem é condensada a noção de algumas “conversões de blocos de eleitores são capazes de determinar uma agenda de longo prazo, da qual nem mesmo a oposição ao governo consegue escapar”. O autor comprehende que a movimentação de Lula em 2002 é consolidada na eleição de 2006, com sua aproximação das camadas mais pobres, concomitantemente ao afastamento da classe média, fatia acolhida pelo PSDB. Esse movimento teria sido iniciado desde 1989, no Nordeste. (Singer, 2012, p. 13 e 14).

Essa conversão se deu pelos resultados dos governos Lula no combate à pobreza. Assim, o “realinhamento eleitoral” que Singer refere-se, ocorre a partir de dois deslocamentos de classe: a separação entre pobres e ricos, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, e o antilulismo liderado pelo PSDB e a incorporação desse sentimento na classe média, resultando num tensionamento social. (Singer, 2012, p. 15 e 16).

Singer (2012, p. 21) analisa que o “lulismo” surge num contexto de tamanha miséria e desigualdade que as poucas mudanças estruturais promovidas por Lula resultaram em grandes transformações na vida do subproletariado. A contradição é um dos sentidos assumidos pelo “lulismo” (Singer, 2012, p. 22) e mesmo que o PT tenha se distanciado do discurso radical que antes defendera, o “lulismo” promoveu um “reformismo fraco”, de caráter “lento e desmobilizador” (Singer, 2012, p. 45) caracterizado por modificações sociais suaves, mas que tiveram grande impacto na vida dos mais pobres.

No campo econômico o continuísmo na condução da macroeconomia dada pelo governo Lula “foi uma decisão política e ideológica” (Singer, 2012, p. 74). Além do conservadorismo econômico, expresso pela manutenção do viés neoliberal, Lula e o PT buscaram alianças com outro setor conservador: os representantes dos evangélicos. A escolha do vice-presidente, de um partido alinhado ao setor³², o Partido Liberal (PL), favoreceu o diálogo com grupos religiosos contrários ao discurso original do PT (Singer, 2012, p. 98). Coggiola (2020, p. 26) atribui a escolha do vice, José Alencar, a uma indicação das igrejas evangélicas.

que Lula perdesse parte significativa de apoios políticos angariados nas eleições de 2002. (Singer, 2009, p. 84).

³² Essa questão é muito importante para a discussão proposta neste trabalho, pois já sinaliza o tipo de aliança que o PT faz para, não só, chegar ao poder, mas também permanecer nele. Essa aliança foi desfeita no segundo mandato de Dilma Rousseff.

Tendo em vista tais posicionamentos, o PT demonstrou disposição para estreitar os laços com vertentes conservadoras da política nacional, seja na questão dos costumes, seja na questão econômica. As políticas sociais ganharam novas dimensões, alcançando mais pessoas, sem que isso signifique uma ruptura com a perspectiva anterior.

As contradições que envolvem o governo do PT despertam interesse e aparecem recorrentemente como objeto de estudos acadêmicos a partir da chegada de Lula à presidência. Entre as principais questões abordadas estão “o enfraquecimento do vínculo com os movimentos sociais e uma paralela inserção estatal privilegiada” (Singer, 2012, p. 85-87). O partido que antes tinha posicionamentos irredutíveis, como na ocasião em que votou contra a Constituição Federal de 1988, por considerá-la conservadora e que recusou o apoio decisivo do PMDB no segundo turno das eleições de 1989 (Singer, 2012, p. 92), abriu concessões e contribuiu para a desmobilização de movimentos sociais ao incorporar lideranças ao governo.

O PT foi um dos primeiros partidos brasileiros a ceder espaço para as reivindicações do Movimento Homossexual. Parlamentares apoiaram a luta para que a discriminação contra a orientação sexual se tornasse crime. Marta Suplicy (PT/SP) apresentou o projeto de lei nº 1151/95 pelo reconhecimento da união civil entre pessoas do mesmo sexo, abrindo espaço para que a questão recebesse atenção da sociedade e suscitasse discussões mesmo sem ser aprovado (Santos, 2018, p. 165).

Nas eleições de 2002, o PT e o candidato Lula firmaram compromisso no combate à homofobia e no desenvolvimento de políticas públicas em prol da promoção da cidadania da população que se reconhece atualmente pela sigla LGBTQIAPN+. Contudo, somente no final do primeiro ano do governo que se deu início ao diálogo com o movimento para efetivar os compromissos firmados na campanha (Silva, 2018, p. 154 e 155).

O “Brasil Sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual”, é resultado da atuação conjunta da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH), do Programa Nacional de Aids, do Ministério da Cultura e do Movimento LGBTQIAPN+. Inserido no Plano Plurianual (2004-2007), o Programa foi apresentado em maio de 2004. As 52 ações previstas abrangiam a promoção de direitos, legislação e justiça, cooperação internacional, direito à segurança, à saúde e

à cultura, políticas para a juventude, para mulheres e combate ao racismo e homofobia. O Programa estabeleceu o monitoramento e avaliação dos objetivos propostos e apesar dos avanços que representou, o não foi totalmente executado. Sendo encerrado em 2007, sem que as avaliações sobre seu impacto na vida da população LGBTQIAPN+ fossem realizadas. (Silva, 2018, p. 157 e 158).

Na política de saúde, o governo Lula retomou as discussões da Reforma Sanitária, num “processo de repolitização da saúde”, repercutindo tanto na sociedade civil, com a criação do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, entre 2005 e 2006, quanto na esfera governamental por meio de iniciativas que favorecem o desenvolvimento de políticas que incorporam os princípios defendidos pelo Movimento Sanitário. No último ano do primeiro mandato de Lula foi aprovado o Pacto pela Saúde pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Conselho Nacional de Saúde (CNS), a formalização da Política Nacional de Promoção da Saúde e a criação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). (Paim, 2008, p. 262).

No que diz respeito ao enfrentamento do HIV e Aids, o governo Lula demarcou um posicionamento importante e condicente com a história da resposta brasileira a epidemia. Em maio de 2005, rompeu um acordo financeiro com os Estados Unidos em decorrência do voto do país ao repasse de recursos para organizações que atuam em defesa das/os trabalhadoras/es sexuais.

O governo brasileiro acusou os EUA de tentarem interferir na política nacional de Aids, ao vetar o financiamento a ONGs que defendam os trabalhadores sexuais e, com o aval de movimentos sociais, anunciou na semana passada o rompimento de acordo que previa um repasse de US\$ 22,5 milhões (cerca de R\$ 56,2 milhões) até 2008 para as ONGs. As declarações de Pedro Chequer têm repercutido na imprensa norte-americana, que afirma que o Brasil é o primeiro a enfrentar a política do governo George W. Bush para as questões性uais, a chamada política "ABC", que prega a abstinência em primeiro lugar, fidelidade (o B é da expressão em inglês "be faithful") e camisinha só em último caso (Jornal Folha de São Paulo, 06 de maio de 2005).

A posição do Brasil repercutiu internacionalmente e foi reconhecida pela coragem de confrontar uma grande potência. No entanto, o contexto geral da política de Aids no Brasil no período Lula não foi o dos mais bem avaliados por parte do movimento social de Aids.

O ativista Jorge Beloqui detalha a ocorrência de uma crise inédita no fornecimento de antirretrovirais (resultando no fracionamento ou na falta dos medicamentos), preservativos e outros insumos, sinalizando a falta de planejamento

e comprometimento do Ministério da Saúde com a prevenção e o tratamento. Também foi objeto de críticas a falta de resolutividade nas discussões sobre o licenciamento compulsório. Para ele, o cenário é fruto de uma política que, aparentemente, se preocupa com “o marketing e os factoides”. (Beloqui, 2006, p. 3 e 4).

Para além das críticas ao governo, o ativista expõe as divergências dentro do movimento social de Aids. Dentre elas, a disputa por recursos públicos e de agências, fruto do sectarismo crescente que despolitiza o movimento. Estende suas críticas aos governos estaduais e municipais, evidenciando a falta de compromisso desses entes com a política de Aids. Beloqui reflete sobre as contradições daquele momento, em que o movimento social de Aids estava presente em órgãos colegiados (consultivos ou decisórios) como nunca esteve antes e, ao mesmo tempo, os acessos à prevenção e ao tratamento antirretroviral nunca foram tão precários. Nesse sentido, questiona: “é necessário refletir sobre a qualidade dessa participação. Será que participamos das decisões realmente importantes? Qual é a qualidade desses órgãos? Qual é a qualidade de nossa participação?”. (Beloqui, 2006, p. 3 e 4).

Ciconello e Moroni (2005, p. 37) compreendem que, apesar dos espaços de diálogo e participação terem sido multiplicados durante o governo Lula, esse processo não foi acompanhado por políticas que propusessem o “fortalecimento do sistema descentralizado e participativo e muito menos de ampliação dos processos democráticos”. Assim, a participação social tornou-se um recurso para manutenção da governabilidade, sem provocar mudanças significativas.

Mesmo diante da superficialidade da participação nesse período, os autores destacam como resultados positivo do primeiro mandato de Lula, o engajamento de agentes governamentais no desenvolvimento e atuação nos espaços participativos, especialmente nos conselhos e nas conferências. Um diferencial relevante em comparação aos governos que o antecederam. (Ciconello; Moroni, 2005, p. 37).

Nas conferências realizadas em governos anteriores, quem organizava e comandava tudo era a sociedade civil. O governo chegava, como se fosse um espectador, e ia embora. Agora, esses espaços têm registrado qualidade e participação governamental bem diferente do que estávamos acostumados. As conferências, por exemplo, viraram verdadeiros espaços de disputas políticas (Ciconello; Moroni, 2005, p. 37).

Seffner e Parker (2016, p. 28) ao tratar da neoliberalização da prevenção do HIV, notam que em 2008 foram realizados dois movimentos direcionados à política de Aids. O primeiro se caracteriza pela significativa perda de autonomia das

organizações não-governamentais (ONGs), efeito da incorporação de suas lideranças em quadros governamentais; o segundo corresponde às dificuldades enfrentadas pelas organizações da sociedade civil para manterem suas atividades, diante da conjuntura econômica desfavorável.

A sociedade civil acaba desempenhando o papel de “executoras de ações determinadas”, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela política pública, em suporte ao Estado, enquanto o financiamento para o desenvolvimento de projetos próprios e atividades que envolvam o controle social fica da cada vez mais escasso. Assim, as ONGs que não se adequam aos critérios do governo, ficam sem financiamento, e as que se adequam ficam engessadas, perdendo sua autonomia e capacidade de controle social. (Seffner; Parker, 2016, p. 28).

O financiamento de projetos formulados pelas organizações da sociedade civil ou para ações de controle social abre possibilidades para confrontar o governo e sua base de apoio. Sem um direcionamento prévio para o uso dos recursos, as ONGs podem atuar segundo seus princípios e não amarradas ao interesse do governo. A restrição orçamentária também tem um efeito desmobilizador do movimento de Aids, fragilizando os vínculos de apoio existente entre as organizações e acirrando as diferenças entre elas, conforme exposto por Beloqui (2006).

Internamente, observamos um crescimento do sectarismo, da fragmentação, a falta de uma visão e de um compromisso com o coletivo da AIDS. Presenciamos, desde o último Enong, brigas entre aqueles que contrapunham as pessoas com HIV aos gays pela distribuição de recursos públicos, desavenças por acesso a fundos de agências ou uma concorrência feroz entre indivíduos, ONGs e estados por representações junto a órgãos do governo. Tudo isso sem consistência política, sem programas de ação nos colegiados e sem compromisso de consulta (Beloqui, 2006, p. 4).

Conforme analisam Seffner e Parker (2016), o avanço do conservadorismo na política brasileira, principalmente no campo da moral, e a força que possuem nos meios midiáticos e na capacidade de mobilização social, impactam diretamente na resposta ao HIV e a Aids. A força desses grupos atrai o governo federal em um momento em que ele não possui mais o apoio da maioria do Congresso Nacional, tornando-o ainda mais valorizado. Portanto, “as pautas progressistas no âmbito da luta contra a AIDS e na defesa dos direitos humanos das diferentes orientações sexuais e diversidade de gênero passam a se constituir em moeda de troca de acordos políticos em nome da governabilidade”. (Seffner; Parker, 2016, p. 28).

Os autores evidenciam que junto às limitações econômicas, emerge um discurso otimista em relação aos medicamentos, seja no campo da prevenção ou do tratamento. No plano internacional, a crise econômica acarreta a debandada dos recursos de agências e financiadoras internacionais, impactando as ONGs. Os resultados bem-sucedidos da resposta brasileira, como a redução da taxa de mortalidade e o acesso universal ao tratamento, teriam contribuído para a falsa ideia de que epidemia estivesse resolvida no país. No entanto, os autores ressaltam que os aspectos simbólicos da epidemia não foram superados pelos bons resultados e os importantes avanços tecnológicos. Destacam a centralidade biomédica que a resposta brasileira adquire nesse período. (Seffner; Parker, 2016, p. 29).

O discurso animador centrado em intervenções biomédicas é reflexo de uma tendência global e da distorção de uma estratégia importante. A complexidade da epidemia exige respostas multifacetadas e, a partir desse entendimento, emerge a noção de Prevenção Combinada, que consiste na atuação conjunta de estratégias comportamentais, biomédicas e estruturais para atender necessidades específicas, principalmente das populações mais vulneráveis no contexto da epidemia (Unaids, 2010). Tal perspectiva foi impulsionada pelo surgimento de novas possibilidades de prevenir a transmissão do vírus e apresentada como alternativa para responder à epidemia no final da década de 2000 (Raxach; Terto Jr; Faulhaber, 2021, p. 3).

Em 2010, o UNAIDS publica o documento “Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections”. Nele, reforça a importância da Prevenção Combinada e mais uma vez o surgimento de novas tecnologias e a promessa de uma vacina contra o HIV dão um tom animador para o fim da epidemia, como prevê a estratégia global lançada em 2010, para o período de 2011 a 2015. A estratégia “Getting to Zero” (Chegando a Zero) ambiciona zero novas infecções pelo HIV, zero discriminação, zero mortes relacionadas à Aids até 2015. Para tanto, o UNAIDS propõe metas que, na prática, não alcançam esses zeros no prazo estabelecido, mas demarcam qual deveria ser a direção dos esforços globais.

O discurso do fim da Aids e a sua aposta nas inovações biomédicas atendem convenientemente aos governos que não estão interessados em investir em respostas sociais para enfrentá-la. No caso brasileiro, a centralidade nessas intervenções vai contra as estratégias elaboradas no início da epidemia, quando o preservativo era a

única alternativa biomédica e as respostas geradas pelas comunidades mais afetadas naquele momento foram capazes de frear o avanço da Aids.

No governo Lula, os interesses partidários foram priorizados em busca da governabilidade. Toda popularidade do presidente, seu histórico de progressismo político e capacidade de dialogar não foram utilizadas para fazer com que a política de prevenção acelerasse. As consequências das escolhas políticas de Lula e do PT são transferidas para sua sucessora. Com Dilma Rousseff são observados nítidos retrocessos no campo das políticas públicas direcionadas às questões de gênero e sexualidade e, consequentemente, na prevenção do HIV e Aids. A relação com os movimentos sociais é ainda mais fragilizada. Tais questões serão apresentadas no próximo subcapítulo.

3.2 As apostas políticas de Dilma

Dilma Rousseff torna-se presidente do Brasil tendo um país ávido pela promessa de desenvolvimento. Seu antecessor havia deixado crescimento do PIB de 7,5%, taxa de desemprego de 5,3%, segundo Singer (2018, p. 11), que formula três hipóteses para a crise do “lulismo” desencadeada no governo Dilma (Singer, 2018, p. 24 – 32).

Na primeira hipótese de Singer, ao herdar um relevante capital político de Lula, a presidente resolveu fazer duas apostas implementando uma “política econômica desenvolvimentista” e iniciar uma “faxina ética” no combate a corrupção na máquina estatal. Dilma acabara restringindo e coibindo práticas ignoradas por seus antecessores, irritando parte de sua base apoio, incluindo o PMDB. A ala mais fisiológica do partido reagiu fortemente aos posicionamentos de Dilma, confrontando-a nas votações legislativas mais importantes para o governo, no período de 2011 a 2014. (Singer, 2018).

A segunda hipótese está relacionada às decisões do governo no campo econômico. Para o autor, Dilma optou por uma “direção relativamente autônoma” para dar partida num projeto de “reformismo forte”. Investiu na reeleição, apesar das expectativas pelo retorno de Lula em 2014. Contudo, a intenção de mudança não envolvia uma mobilização popular. Seria o que autor classificou como “transformação pelo alto”. Por fim, nas eleições de 2014, sem o apoio do setor industrial e isolada, Dilma toma decisões na área econômica de seu governo, nomeando Joaquim Levy

para o Ministério da Fazenda, neoliberal, perdendo o apoio de sua base de esquerda e base lulista. (Singer, 2018, p. 29).

A campanha de 2014 foi intensa e agressiva, inclusive por parte do PT, que priorizou tirar a candidata Marina Silva do segundo turno. A oponente ganhava destaque e tinha chances reais de chegar disputar a presidência com Dilma. Entre as manobras do Partido, destaca-se o uso sistemático da hesitação de Marina sobre o reconhecimento do casamento entre pessoas do mesmo sexo. (Almeida, 2016, p. 35 e 36).

O tema em questão não era novidade para Dilma e junto à descriminalização do aborto foram pontos de adequação de seu discurso nas eleições de 2010. Conforme Machado, se antes ela se colocava favoravelmente à descriminalização do aborto, diante da oposição liderada por bispos e padres conservadores à sua candidatura, Dilma mudou o tom. Sobre a união estável de pessoas do mesmo sexo, questão que assombrou Marina Silva em 2014, Dilma e PT se anteciparam e lançaram o documento “Carta aberta ao povo de Deus” assim que iniciou a campanha. Na Carta, a candidata reconhece a importância do papel social das igrejas evangélicas e garante que temas que envolvem divergência de valores deveriam ser discutidos no Congresso Nacional. (Machado, 2012, p. 28-30).

Dilma foi reeleita em outubro de 2014, com 51,65% dos votos válidos, contra 48,56% de Aécio Neves do PSDB. A pequena diferença que elegeu Dilma já sinalizava que tempos difíceis chegariam. Talvez por isso dois dias após as eleições, Dilma manifestava à imprensa seu interesse na união do país. (Almeida, 2016, p. 33).

É necessário que a gente crie pontes no Brasil. Não precisa ter as mesmas posições. Quando falo em união, eu não quero aquela união que torna tudo pasteurizado. Quero aquela união em que as pessoas mantenham suas diferenças de opinião, que possam agir de forma diversificada e que, ao mesmo tempo, conversem (Dilma Rousseff em entrevista ao Jornal do SBT e ao Jornal da Band – In: Almeida, 2016, p. 33 e 34).

O PSDB demorou quatro dias para contestar oficialmente o resultado das urnas. O partido do candidato derrotado solicitou “auditoria especial” ao Tribunal Superior Eleitoral (TSE). A ação requisitava a autorização para a criação de “uma comissão formada por técnicos indicados pelos partidos políticos para a fiscalização de todo o processo eleitoral”. Apesar de confiar no trabalho do TSE, a ação tinha como justificativa as indagações levantadas após os resultados das eleições, principalmente nas redes sociais. O candidato derrotado, Aécio Neves, acusou o PT e a presidente

de utilizarem a máquina pública na campanha de reeleição. (Almeida, 2016, p. 25 e 26).

Dilma enfrentava, já no início do novo governo, uma oposição midiática, que seria ainda mais ferrenha nos meses posteriores. Para além da repercussão midiática da Operação Lava Jato, entre 2014 e 2016, as decisões impopulares da presidente e o aumento do desemprego e subemprego tornam a popularidade de Dilma ainda mais baixa. Em 2015, por exemplo, a taxa de desemprego chegava aos 11% e a miséria voltava a ser presente na vida de 2,7 milhões de brasileiros/as. (Singer, 2018, p. 13).

Para Almeida (2016, p. 56), “[...] Dilma não sabia dialogar com o Legislativo de que tanto precisava para aprovar o ajuste fiscal de 2015” e não agia como seus antecessores, sendo “pouco empenhada na arte de agradar” deputados em reuniões informais. A inabilidade de Dilma já havia sido notada anteriormente, no decorrer das manifestações de junho de 2013, quando a presidente vê sua popularidade cair significativamente. Se antes, 57% avaliavam o governo como bom e ótimo, esse número foi para 30% após as manifestações (Singer, 2018, p. 99).

Ainda que difusas ideologicamente e extremamente débeis em seus âmbitos organizativo e político-diretivo, as multitudinárias manifestações tiveram como alvo central o alto custo e/ou a obscuridade dos serviços públicos básicos, dos quais depende a maioria esmagadora da população brasileira (Demier, 2017, p. 65).

O segundo governo de Dilma foi marcado por embates de diferentes naturezas. Para além daqueles já citados, cabe destacar outros. Na área econômica desafiou os bancos por conta da taxa de juros e as dificuldades financeiras dos estados brasileiros. Na saúde, o surto de zika e dengue atingia o país. No meio ambiente, a tragédia de Mariana. Na política encarou Eduardo Cunha, que mais tarde seria responsável por acolher um dos pedidos de impeachment contra ela, a articulação entre PMDB e PSDB na conspiração para sua derrubada. (Almeida, 2016).

Dilma precisou lidar com uma oposição forte, especialmente a partir do segundo mandato, mas a luta para manter-se no governo acontecia antes disso. A política de prevenção ao HIV e Aids sofreu as consequências das decisões da presidente e aliados. Na primeira campanha, deixou claro seus compromissos com a família. Os governos do PT foram um misto de políticas progressistas e atendimento de demandas conservadoras. Para avaliar o impacto dos recuos na prevenção é necessário sair do campo estritamente da Aids e analisar a condução de outras políticas, como a educação.

Nesse contexto de crise, embebido por opções que levaram a um relativo isolamento da presidenta Dilma quanto às bases da governabilidade, convergindo para o seu impeachment, o cenário de retrocesso da política brasileira de enfrentamento ao HIV e Aids já estava caracterizado, como será apresentado na sequência, em meio às fortes críticas de movimentos combativos.

3.3 A crise da Política Brasileira de Prevenção

A segunda edição do Boletim Abia evidencia: “como toda epidemia, a de Aids revela, na forma de uma crise na saúde pública, fraturas sociais. Tal país, tal epidemia” (Abia, 1988, p. 2). As políticas sociais são formuladas diante da necessidade/reivindicação de um grupo ou população. No campo da Aids, a condução da política de prevenção no governo Dilma pode ser classificada como desastrosa. Os percalços políticos intensificaram as negociações entre o governo federal e os grupos mais conservadores representados no parlamento, que em parte compunham a base de apoio da presidenta.

Logo no início do primeiro mandato de Dilma, o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, sobre a organização do SUS, no que tange ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa, despertou a preocupação do Movimento Social de Aids.

O documento político aprovado no XVI Encontro Nacional de ONGs/Aids, realizado em 2011, destinado ao Ministério da Saúde, Departamento de DST/AIDS/Hepatites Virais, Conselho Nacional de Saúde e Conferência Nacional de Saúde, afirma que regulamentação iria contra os princípios dos SUS e oportunizaria o uso inadequado de recursos da saúde. (XVI ENONG, 2011).

O Decreto atribui as Comissões Intergestores Regionais a prerrogativa de definirem quais as políticas de saúde serão executadas em cada região, dando margem a utilização de critérios financeiros, políticos partidários, éticos e ou ideológicos e não necessariamente epidemiológicos vulnerabilizando populações com histórico de exclusão social. [...] O Decreto abre brechas para que se priorizem determinadas políticas de saúde em detrimento de outras, visto que a regra estabelece a execução da política de saúde pactuada pelos gestores regionais (XVI ENONG, 2011, p. 175 e 176).

A partir do Decreto, estados e municípios desinteressados na prevenção do HIV poderiam deliberadamente reduzir os investimentos na área. O documento produzido no XVI ENONG destacou a que falta de compromisso de governos estaduais e municipais com a Política, antes mesmo do Decreto, fez com que recursos

repassados pelo governo federal não fossem aplicados, tendo como resultado “R\$ 139 milhões repassados pelo Ministério da Saúde para execução das ações de enfrentamento da AIDS literalmente parados nos cofres de muitos estados e municípios” (XVI ENONG, 2011).

Conforme salienta Basthi (2015, p. 4), “campanhas que ousem utilizar uma linguagem mais direta para expor as orientações sexuais dos grupos, seus desejos e que fortaleça as identidades de gêneros caem no pente fino do moralismo”. A atuação de bancadas parlamentares integradas por religiosos, especialmente evangélicos/as e católicos/as, destacam-se pela imposição de suas concepções mais conservadoras, que transferem para o âmbito político a manutenção de normas comportamentais e modelos familiares tidos como “adequados”.

Dentro dessa lógica, esses valores devem ser estendidos e reproduzidos, mesmo que isso represente prejuízos para os demais segmentos, podendo reforçar preconceitos e vulnerabilidades, principalmente quando associados às desigualdades sociais presentes na sociedade.

Em meio a denúncias contra um dos ministros do governo, a retirada de um vídeo que integrava o “kit anti-homofobia” foi condição imposta pela “bancada religiosa fundamentalista” para não convocar o ministro em questão a dar explicações ao Congresso Nacional. No ano seguinte, “após anunciar a decisão de fazer uma campanha para os jovens homossexuais, o governo apresentou peças consideradas pouco eficientes, confusas e superficiais. E que não falavam nem de HIV, nem de jovens, nem de homossexuais”. (Beloqui; Terto Jr., 2012). No caso em questão, o Ministério da Saúde vetou um filme que trazia dois jovens se abraçando. O material fazia parte da campanha de carnaval e havia sido divulgado publicamente. Atribui-se o veto a uma decisão direta da Casa Civil influenciada pelo “conservadorismo da bancada evangélica” da Câmara dos Deputados (Greco, 2016, p. 1559).

A Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT), que reúne organizações de todo país, condenou a censura Ministério da Saúde e solicitou que o Ministério Público Federal (MPF) tomasse providências sobre o veto à campanha e retirada dos materiais do projeto Escola Sem Homofobia. No ofício encaminhado ao MPF, a Associação afirma ter solicitado

explicações sobre a decisão do Ministério de tirar o vídeo da campanha³³. Segundo consta, o órgão respondeu que a retirada do material se deu por necessidade de edição e que logo seria disponibilizado. Mais tarde, o Ministério dá uma nova explicação. O vídeo em questão não teria sido feito para divulgação em TV aberta e sim, destinado aos espaços privados de frequência de homossexuais. (Grupo Dignidade, 22 fev. 2012).

Em março de 2012, o Movimento Social de Aids divulgou o manifesto “SOS: Governo Dilma coloca controle social da Aids em risco de extinção”³⁴, a fim de denunciar o agravamento do desmonte da resposta brasileira à epidemia no governo Dilma. Vinte e cinco entidades, entre elas a ABIA e o Grupo de Incentivo à Vida (GIV), assinaram o documento, denunciaram a ocorrência de “uma situação sem precedentes de desmantelamento do controle social da resposta à epidemia” no país, destacando a importância da parceria estabelecida entre Estado e sociedade civil para os bons resultados da Política Brasileira. Para as entidades, “a crise das associações que trabalham com o HIV e mesmo os grupos de pessoas vivendo com o HIV é a crise da resposta brasileira à epidemia”. Tal crise seria tanto financeira quanto política, diferenciando-se de outras já enfrentadas até então por ser “mais severa e mais invisível”. (ABIA *et al.*, 2012).

A crise financeira refletiu na suspensão de trabalhos desenvolvidos por ONGs/Aids, como o Grupo SOMOS do Rio Grande do Sul, o GAPA de Minas Gerais e o GAPA de São Paulo. O contexto de crise econômica dos países desenvolvidos (doadores de recursos) e a nova posição do Brasil – antes receptor de recursos para doador internacional – resultou na percepção de que as questões internas estariam resolvidas. À crise financeira, soma-se a crise política. (ABIA *et al.*, 2012).

No campo do HIV-Aids podemos dizer que o diálogo da sociedade civil com o Estado vem se deteriorando e chega agora a um momento crítico. O agravamento teve seu ápice nos últimos meses, no que a imprensa tem chamado de “clima anti-ONGs”. Não recuperamos em nossa memória recente um período de tamanho distanciamento entre o Ministério da Saúde e a sociedade civil brasileira (ABIA *et al.*, 2012).

³³ O vídeo retirado está disponível em: <https://www.grupodignidade.org.br/abglt-requer-tomada-de-providencias-ao-ministerio-publico-federal-veto-censura-campanha-carnaval/>. Acesso em: 21 out. 2024.

³⁴ Documento disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/ongs-aids-divulgam-protesto-contra-desmantelamento-do-controle-social-no-governo-dilma/>. Acesso em: 22 mar. 2023.

Entre os argumentos utilizados para evidenciar a crise da Resposta Brasileira está a já citada censura da campanha de prevenção de carnaval daquele ano, a suposta falta de transparência das tratativas de “transferência de tecnologia de medicamentos para HIV com empresas transnacionais farmacêuticas” e os casos de desabastecimentos de medicamentos antirretrovirais, agravados pela falta de explicações destas falhas. Segundo posicionamento das entidades, o Departamento responsável pela Política Nacional de Aids, do Ministério da Saúde, foi enfraquecido pelo desligamento “de um número expressivo de pessoas classicamente envolvidas na luta contra a AIDS no país”. (ABIA *et al.*, 2012).

Outra suspensão ocorreu em 2013, com o recolhimento de materiais (histórias em quadrinhos) que seriam distribuídos em escolas, como parte das ações do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas³⁵ (SPE) durante atividade prevista no calendário anual do Ministério da Educação (MEC). O material tinha sido aprovado e lançado publicamente pelo ministro anterior, sendo suspenso com a justificativa de que este não teria passado pela comissão editorial do Ministério (Greco, 2016, p. 1559). O fato repercutiu na imprensa, que, novamente, associou a decisão do governo à influência de setores religiosos.

No mesmo ano, uma campanha promovida pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) para o Dia Internacional da Visibilidade das Prostitutas, cujo tema era “Sem vergonha de usar camisinha”, ganhou notoriedade. Voltada para as redes sociais do DDAHV, a campanha foi resultado de uma Oficina de Comunicação em Saúde, realizada em João Pessoa/PB, com representantes das trabalhadoras sexuais de todo país. O objetivo era contribuir com a prevenção de IST no público em questão³⁶.

Uma das peças apresentava a imagem de uma trabalhadora sexual e a frase “Eu sou feliz sendo prostituta” (Figura 4). Logo após o lançamento, a campanha recebeu inúmeras críticas. Parlamentares ligados a Frente Parlamentar Evangélica cobraram um posicionamento do Ministério da Saúde. Diante da pressão política, o

³⁵ “A proposta resulta da parceria entre o Ministério da Educação, o Ministério da Saúde, com o apoio da Unesco e do Unicef, na perspectiva de transformar os contextos de vulnerabilidade que expõem adolescentes e jovens à infecção pelo HIV e à AIDS, a outras doenças de transmissão sexual e à gravidez não-planejada” (Brasil, 2006, p.16).

³⁶ Prevenção para Profissionais do Sexo - Campanha nas redes sociais - 2013. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/campanha/prevencao-para-profissionais-do-sexo-campanha-nas-redes-sociais-2013>. Acesso em: 08 jan. 2023.

Ministério alegou que o material não foi submetido ao crivo da Assessoria de Comunicação Social do órgão³⁷. Sobre a campanha, o então ministro, Alexandre Padilha, declarou publicamente:

Enquanto eu for ministro, não acho que essa tem que ser uma mensagem passada pelo ministério. Nós teremos mensagens restritas à orientação sobre a prevenção contra as doenças sexualmente transmissíveis. Respeito as entidades e os movimentos que queiram passar essa mensagem, mas é papel deles. O papel do Ministério da Saúde é estimular a prevenção às DST's (G1, Brasília, 05 jun. 2013).

A declaração de Padilha traduz como a Política Nacional de HIV e Aids estava sendo conduzida pelo governo federal naquele momento. Distante dos valores básicos que fizeram com que a resposta brasileira à epidemia alcançasse visibilidade global, como o reconhecimento da cidadania e defesa dos direitos humanos, o que se percebe é a redução de espaços para abordar a prevenção amplamente, considerando as particularidades de cada população. A colocação do Ministério é contraditória. Como estimular a prevenção se as iniciativas do Ministério pretendem restringir-se a orientações sobre prevenção? Quais orientações Padilha se refere?

Figura 4 – Campanha do Dia Internacional das Prostitutas - 2013



Fonte: Carta Capital.

³⁷ "Diretor responsável por campanha 'Sou feliz sendo prostituta' é demitido". Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2013/06/diretor-responsavel-por-campanha-sou-feliz-sendo-prostituta-e-demitido.html>. Acesso em: 08 jan. 2023.

A mulher que protagonizou o cartaz, concedeu uma entrevista ao jornalista Elder Ogliari, do O Estado de S. Paulo. Nilce Machado, a época presidente do Núcleo de Estudos da Prostituição (NEP), atuava no campo da prevenção de IST junto a companheiras prostitutas. A frase que motivou a revolta dos/as conservadores/as, “Eu sou feliz sendo prostituta”, é repetida por ela em seu cotidiano.

Nilce apresenta uma perspectiva diferente da atuação das prostitutas em relação às IST. Consideradas inicialmente como grupo de risco, disseminadoras de doenças, elas contribuem com a prevenção, pois muitas trabalhadoras sexuais “entendem que ajudam a sociedade disseminando a cultura da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, e isso melhora sua autoestima”. Para ela, a atuação na prevenção é uma forma de tomar posse da cidadania. (Estado de São Paulo, 09 de junho de 2013).

Outro ponto a ser destacado na declaração do Ministro é o papel das organizações da sociedade civil (OSC). A partir do que defende Padilha, caberia às OSC fazer o papel que o Ministério se nega. No mais, ao relegar a prostituição ao condenável, ignora-se a autonomia dos indivíduos. Desconsidera-se nem toda prática de prostituição envolve exploração sexual, este sim, um crime.

Nos dias que se seguiram, a iniciativa do DDAHV foi assunto recorrente na tribuna, mesmo após a retirada da campanha. Em 06 de junho de 2013, um deputado do PSD-RJ atacou o trabalho desenvolvido pelo Departamento e direcionou insulto à protagonista da peça. Em direção contrária, um deputado do PSOL-RJ formalizou um Requerimento de Informações solicitando explicações ao Ministro da Saúde relativas à suspensão. (Diário da Câmara dos Deputados, 06 de junho de 2013).

No dia 7 de junho, uma deputada do PSD-RJ reproduziu um discurso muito próximo ao de Padilha sobre a abordagem que seria adotada pelo Ministério. Segundo ela, as campanhas de prevenção seriam de grande importância, no entanto, elas deveriam “estar restritas a essas doenças, para não se desviar dos seus objetivos”. (Diário da Câmara dos Deputados, 07 de junho de 2013).

O material foi considerado impróprio por alguns parlamentares e setores da imprensa, chegando a ser considerada defesa à prostituição, como demonstra o artigo “Ministério da Saúde faz a apologia da prostituição e depois recua. Ou: Não se trata de um erro, mas de um método. Eu provo!” de autoria de Reinaldo Azevedo, publicado pelo site da VEJA. O artigo em questão retrata de maneira esclarecedora a percepção conservadora sobre a prevenção das IST no geral.

A abordagem estúpida, sempre na linha pé-na-jaca, das campanhas de combate à AIDS e DSTs no geral não é um erro, um deslize, um equívoco. Trata-se de um método. Há muitos anos venho abordando este assunto. A razão é simples: o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação relegam os assuntos da sexualidade a ONGs e militantes de causas: gays, feministas etc. A Saúde dispensa o auxílio de médicos e infectologistas, e a Educação, o dos pedagogos. Assim, em vez de um trabalho técnico, voltando para a orientação, o que se tem é proselitismo. [...] Ora, a AIDS não é a única doença que se pode contrair na intimidade total entre não íntimos. A camisinha é só uma barreira física. O que realmente pode combater a doença são as interdições morais. A palavra assusta os ignorantes e os idiotas porque eles associam o termo “moral” ao “moralismo” como sinônimo de uma vida de hipocrisias e interdições. Não se trata disso. Se uma campanha oficial considera normal, aceitável e até desejável que pessoas que acabaram de se conhecer terminem na cama, então não haverá camisinha que dê jeito. Se ela estiver à mão, bem... **Pesquisem a respeito. Uganda tem o programa mais eficiente da África de redução da AIDS. A camisinha é só o terceiro item de uma tríade, que virou política oficial: abstinência sexual, fidelidade no casamento e, sim, a borracha** (Blog Reinaldo Azevedo - Veja - 04 jun 2013 – grifo do autor)³⁸.

Ao desqualificar a participação dos movimentos sociais na elaboração de políticas públicas, o jornalista demonstra desconhecer a história da resposta brasileira ao HIV/Aids. Essa resposta surge justamente do diálogo entre os movimentos sociais, técnicos e governantes. Também desconhece que as principais iniciativas que culminaram na desaceleração da epidemia no país, surgiram a partir da experiência dos grupos mais afetados, incluindo trabalhadoras sexuais.

Outro ponto comumente utilizado para reduzir esforços para na prevenção é tratar o financiamento da política fosse um gasto e não um investimento em saúde:

Enquanto for esse o parâmetro, o combate à AIDS e às DSTs continuará a custar uma fortuna aos cofres públicos e será uma espécie de enxugamento de gelo. [...] O estado fornece hoje camisinha, remédio, informação, tudo de graça. Mais um pouco, vira babá de genitálias (Blog Reinaldo Azevedo - Veja – 04 jun. 2013).

A ideia de apologia também foi defendida por parlamentares ligados à Frente Parlamentar Evangélica. Segundo matéria da Revista Veja³⁹, um deputado, assim como o jornalista, tratou a campanha como um incentivo ao trabalho sexual. A questão foi levada à Comissão de Direitos Humanos e um pedido de explicações foi aprovado.

³⁸ Artigo disponível em: <https://veja.abril.com.br/coluna/reinaldo/ministerio-da-saude-faz-a-apologia-da-prostituicao-e-depois-recua-ou-nao-se-trata-de-um-erro-mas-de-um-metodo-eu-provo/>. Acesso em: 06 jan. 2023.

³⁹ “Deputados evangélicos cobram explicações do governo sobre campanha para prostitutas”. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/noticia/brasil/deputados-evangelicos-cobram-explicacoes-do-governo-sobre-campanha-para-prostitutas/>. Acesso em: 08 jan. 2023.

Vale destacar que o presidente da Comissão era o deputado Marco Feliciano, filiado ao Partido Social Cristão (PSC) de São Paulo.

O episódio culminou em exonerações de profissionais do Departamento. Mais uma vez, atribui-se a decisão do Ministério da Saúde à exigência de parlamentares. A iniciativa do ministro “foi comemorada por forças conservadoras”. (Greco, 2016, p.1559).

Infelizmente, o papel assumido pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) na defesa dos direitos humanos sofreu retrocesso nos últimos anos. A pressão de grupos conservadores fez que o MS retirasse campanhas, impedissem a distribuição de material educativo para o programa saúde nas escolas e cancelasse material de apoio para o Dia Internacional de Visibilidade das Prostitutas. A decisão foi de alinhamento com as forças retrógradas do país, com vistas a possíveis e intangíveis ganhos (Greco, 2016, p. 1559).

A campanha foi relançada⁴⁰ e de todas as peças produzidas e anteriormente divulgadas, restaram aquelas que traziam as frases: “Um beijo para você que usa camisinha”, “Eu não posso ficar sem a camisinha” e “Todo dia a gente tem que fazer educação e prevenção de aids”.

Como pontuado por Corrêa (2016, p.15), a postura adotada pelo Ministério da Saúde foi uma resposta aos seus apoiadores, que utilizaram a pauta como “moeda de troca” para questões relevantes para o governo. É importante destacar que nem sempre se trata apenas de parlamentares ligados à Frente Parlamentar Evangélica, “na forma como se apresenta no Brasil, o conservadorismo articula uma série de atores, entre os quais se destacaram lideranças religiosas conservadoras e defensores de interesses de setores ligados ao agronegócio e à segurança” (Facchini; Pinheiro; Calazans, 2018, p. 256).

A interferência conservadora não se restringe às políticas de saúde. Essa articulação acompanha atentamente os assuntos relacionados à política de educação. Empenha-se em participar de todas as discussões em que o peso de sua moralidade possa barrar avanços de grupos minoritários⁴¹ (no sentido das relações de poder). No

⁴⁰ A campanha reformulada está disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/campanha/prevencao-para-profissionais-do-sexo-campanha-nas-redes-sociais-2013>. Acesso em: 09 jan. 2023.

⁴¹ Segundo Manhães (2017, p.18), “desde 2013, após negociação entre o Governo Dilma e o PSC, a Comissão de Direitos Humanos e Cidadania da Câmara dos Deputados (CDHC) – historicamente associada a temas relativos às questões indígenas, agrárias, imigratórias, de violência no campo e na cidade etc. – tem sido um dos palcos da ação de religiões cristãs com o intuito de regular e restringir a moralidade liberal e laica”.

entanto, não se observa a mesma dedicação nas iniciativas que dizem respeito aos recursos que lhe são destinados e nem em debates que visem à melhoria da qualidade do ensino.

Em 2014, o Congresso Nacional retirou do Plano Nacional de Educação (PNE) todas as menções às palavras “gênero”, “orientação sexual” e “sexualidade”. A maior parte dos deputados e senadores, ligados a alguma denominação cristã, opuseram-se à abordagem das questões citadas (Carrara, 2015, p.323). A mudança ignorou a movimentação realizada pela sociedade civil para a elaboração do Plano e as discussões que levaram ao entendimento do quanto é importante tratar desses aspectos dentro do contexto escolar e reconhecer a contribuição da política de educação para a superação de desigualdades sociais.

Tais expressões estavam presentes no Plano Nacional de Educação (PNE), enviado pelo Executivo para aprovação no Congresso em finais de 2010 através do Projeto de Lei 8035/2010. O Plano foi elaborado a partir dos resultados da Conferência Nacional de Educação (CONAE), realizada no início daquele ano. Segundo o Documento Final da CONAE (Brasil 2010), em todas as suas etapas, a conferência teria mobilizado 3,5 milhões de pessoas. Com inúmeras alterações, o projeto se transformaria em lei em junho de 2014 (Lei 13005/2014). Nesse processo, substituíram-se trechos como o que dizia “são diretrizes do PNE a superação das desigualdades educacionais, com ênfase na promoção da igualdade racial, regional, de gênero e de orientação sexual” por: “são diretrizes do PNE a superação das desigualdades educacionais, com a ênfase na erradicação de todas as formas de discriminação” (Carrara, 2015, p. 337 – nota do autor).

A retirada dessas expressões e substituição por outras mais genéricas escondem que nem “todas as formas de discriminação” são tratadas com a mesma atenção. Por trás da alteração no PNE está a “lógica” de que tais assuntos ao serem abordados facilitariam a inserção da “ideologia de gênero”⁴² nas escolas.

Esse processo se conjuga no plano interno a um avanço conservador, em particular no aspecto moral, conduzido pela força de alguns atores sociais, como as igrejas de religiões neopentecostais, que constituem bancadas no interior das casas legislativas e dispõem de forte poder de mídia e arregimentação de pessoas. Mas esses atores conservadores são também cortejados pelo governo federal que não tem mais maioria no Congresso [...] (Seffner; Parker, 2016, p. 28).

⁴² Sobre a origem o termo, “os interessados no assunto são concordes em afirmar que o nebuloso sintagma ‘teoria/ideologia de gênero’, com suas variações, seja uma invenção católica que emergiu sob os desígnios do Conselho Pontifício para a Família e de conferências episcopais, entre meados da década de 1990 e no início dos 2000” (Junqueira, 2017, 221).

Diante do conjunto de retrocessos percebidos na então gestão, pode-se considerar que mesmo indiretamente, ao acatar as restrições impostas por grupos conservadores, o próprio governo fortaleceu aqueles que mais tarde iriam beneficiar-se do acentuando desgaste político ao redor da presidente Dilma Rousseff e do Partido dos Trabalhadores (PT), desencadeando o processo de impeachment que a tiraria do poder. Desde seu primeiro mandato, parte da base de sustentação do governo era formada por componentes da Frente Parlamentar Evangélica, posteriormente parte considerável dessa base apoiou seu sucessor.

No contexto de ampliação de políticas neoliberais e do avanço do conservadorismo, as respostas sociais e estruturais foram desaceleradas. No aspecto econômico, a lógica neoliberal restringe a expansão da cobertura dos sistemas nacionais de saúde, interferindo diretamente no acesso à prevenção e ao tratamento, além de reduzir a capacidade dos países organizarem e desenvolverem uma rede de proteção social capaz de efetivar direitos humanos para além da saúde.

A biomedicalização da prevenção (Aggleton; Parker, 2015) surge como alternativa para enfrentar a epidemia. No entanto, a ênfase nas intervenções biomédicas desconsidera a necessidade da existência de políticas sociais e econômicas que possibilitem o acesso da população a essas inovações.

Grotz e Parker (2015) alertam para o retorno do vírus ideológico e todo pânico inerente a ele. A prevenção avança no campo biomédico e recua no campo social. Há pouco espaço para respostas baseadas na solidariedade e cidadania. As campanhas de prevenção, que antes eram consideradas ousadas, perderam alcance, esquivando-se de temas essenciais, como o sexo e a sexualidade, para evitar conflitos com aliados do governo.

As alianças do governo Dilma culminaram na ruptura de uma parceria bem-sucedida entre o Estado e o movimento social de Aids. Apesar das permanentes e necessárias tensões em diferentes momentos históricos, a política de prevenção obteve resultados significativos. Contudo, o cenário dos anos 2010 é o oposto do que se tinha no início da epidemia. A reação dos movimentos sociais não foi suficiente para contrapor o avanço do conservadorismo e do moralismo nesse campo. Tendo em vista os pilares da resposta brasileira, comprehende-se que os obstáculos à prevenção não ocorrem aleatoriamente. A Aids, por todos os seus significados, é a vítima perfeita.

4 BIOMEDICALIZAÇÃO DA PREVENÇÃO: O RISCO DE UMA POLÍTICA DE MÃO ÚNICA

“Pelo fato de a AIDS ser uma doença disseminada através de práticas socialmente determinadas, a forma que assume num determinado contexto social é muito mais um produto de estruturas sociais e culturais do que o resultado de fatores biológicos”. (Richard Parker, 1994).

Os bons resultados das intervenções biomédicas ultrapassaram a esfera do tratamento e mostraram-se capazes de prevenir a transmissão do HIV. No entanto, a resposta social, responsável por mudar o curso da epidemia no Brasil, não foi devidamente combinada aos avanços tecnológicos, enfraquecendo as estratégias de prevenção ao HIV e Aids e a projeção dos resultados, consequentemente.

Neste capítulo, pretende-se revelar as limitações da centralidade biomédica no enfrentamento da Aids. No Brasil, os dados gerais indicam uma suposta estabilização da epidemia. A falsa ideia de controle da Aids produzida por um olhar superficial da realidade, disfarça o ritmo acelerado em que ela alcança populações específicas. Para revelar a contradição do “discurso governamental” propõe-se um olhar mais atento percorrendo dados oficiais e discursos políticos.

Os dados da Aids disponibilizados pelo Datasus, referentes ao período de 2011 a 2016, ajudam a retratar a conjuntura epidemiológica nos governos Dilma. A correlação dos dados com a política serve como um recurso para a compreensão dos impactos causados pela condução nacional da resposta à epidemia. Além do mais, como o governo federal vem utilizando essas informações sobre HIV e Aids para a formulação das estratégias de prevenção?

A condução da resposta global reverberou na política de prevenção brasileira, especialmente na década de 2010, somando-se a conjuntura sociopolítica do país, subsidiando a reflexão sobre as conveniências da biomedicalização da prevenção. De modo geral, os casos de Aids diminuíram entre 2011 e 2016 (-7,9%). Quando considerado o sexo, a redução é acentuada entre mulheres (-22,4%) e há um aumento discreto entre homens (+0,8%). (Datasus, 2024).

A distribuição de casos de Aids, segundo a região do país também demanda um olhar para além dos aspectos gerais. Os casos no Norte representavam 8,1% dos casos em 2011, passando para 11,3% em 2016. A região Nordeste correspondia a

19,1% aumentou discretamente para 22,4%. O Sudeste, que concentra a maioria dos casos no Brasil, com 43,7% em 2011 passou para 39,8%. Enquanto a região Sul representava 22,3% dos casos em 2011, reduziu para 19,6% em 2016. O Centro-oeste manteve-se estável no período em questão, quando passa de 6,7% para 6,9%. No entanto, esses dados não revelam adequadamente as diferentes tendências observadas no período em questão. (Datasus, 2024).

Três regiões do país apresentaram queda no número de novos casos de Aids, entre 2011 e 2016, sendo elas as regiões Sul (-19,3%), Sudeste (-16,3%), Centro-Oeste (-4,3%). Já as regiões Norte (+29,4%) e Nordeste (+7,8%) apresentaram aumento de novos casos. (Datasus, 2024).

Considerando a faixa etária para observar a tendência dos novos casos de Aids registrados no Brasil, no período em questão, há redução entre pessoas menores de 5 anos (-30,2%), de 5 a 12 anos (-54,8%), de 25 a 29 anos (-6,2%), de 30 a 34 anos (-17,4%), de 35 a 39 anos (-12,5%) e de 40 a 49 anos (-16,1%). O aumento se deu entre pessoas com 13 a 19 anos (+9,3%), 20 a 24 anos (+11,34%), 50 a 59 anos (+3,3%) e 60 anos e mais (+26,1%). (Datasus, 2024).

Tendo em vista os dados gerais, considerou-se a interseção de vulnerabilidades para melhor compreensão do período analisado. Quando realizadas interseções entre as categorias sexo (masculino), exposição sexual (HSH) e faixa etária, observa-se aumentos nas seguintes faixas etárias: 13 a 19 anos (+ 51,6%), 20 a 24 anos (+29,3%), 25 a 29 anos (+13,4%), 50 a 59 anos (+15,5%) e 60 anos e mais (+44,9%). Nas outras faixas etárias, nota-se redução entre pessoas com 30 a 34 anos (-10,16%), 35 a 39 anos (-15,31%) e 40 a 49 anos (-31,0%). (Datasus, 2024).

Quanto à categoria raça/cor (negra), entre 2011 e 2016, os casos de Aids aumentaram significativamente entre homens negros que fazem sexo com homens, das faixas etárias de 13 a 19 anos (+58,7%), 20 a 24 anos (+66,2%), 25 a 29 anos (+28,8%), 50 a 59 anos (+44,3%) e 60 anos e mais (+106,4%). Na faixa dos 30 a 34 anos (+2,1%) o aumento foi discreto. A redução é observada entre homens com 35 a 39 anos (-7,1%) e 40 a 49 anos (-14,2%). (Datasus, 2024).

Por fim, ressalta-se que as disparidades do recrudescimento da epidemia evidenciam que uma política engessada não alcança a população uniformemente e reforça desigualdades, fazendo com que alguns grupos estejam mais vulneráveis do que outros, seja por questões individuais, sociais, culturais ou territoriais. Quando se utiliza esse viés generalizante dos dados apontando para uma estabilidade

epidemiológica, somado aos adventos técnico-científicos da biomedicalização, cria-se a falsa impressão de que tudo está sob controle, incorporando-se a tendência global da suposta proximidade do fim da epidemia.

4.1 Armas do discurso do fim da epidemia

Das Metas de Desenvolvimento para o Milênio, a epidemia passa a compor os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030, especificamente no terceiro objetivo Saúde e Bem-Estar. Estabelece-se o fim da Aids entre os objetivos globais. O UNAIDS tem dedicado esforços às estratégias globais visando pôr fim a Aids enquanto um problema de saúde pública. No entanto, a resposta global ao HIV/Aids na década de 2010 foi fortemente direcionada às abordagens biomédicas, enquanto o discurso oficial propaga a promessa do fim da epidemia até 2030.

Em 2014, o UNAIDS apresentou uma nova estratégia, “Fast-track”, e novas metas para alcançar o fim da epidemia até 2030. Trata-se de dois conjuntos de objetivos para 2020 e para 2030. A abordagem consiste em ofertar uma resposta rápida para atingir as metas 90–90–90: diagnosticar 90% das pessoas que vivem com HIV, dessas, inserir 90% no tratamento e, das que estiverem em tratamento, 90% com carga supressão da carga viral (indetectável) até 2020. Para 2030, o objetivo é elevar para 95% as três esferas. (Unaids, 2014). Nesse contexto, as dimensões comportamentais e estruturais foram relegadas a um segundo plano, enquanto o otimismo gerado pelo advento de novas possibilidades de prevenção no campo biomédico.

Alcançados os objetivos, os impactos positivos da estratégia evitariam, no período de 2015 a 2030, 28 milhões de infecções por HIV e 21 milhões de mortes relacionadas à Aids. O Programa enfatiza que os recursos destinados a acelerar a resposta dariam retorno de 15 vezes ao montante investido e seriam evitados a utilização de US\$ 24 bilhões em custos adicionais para o tratamento do HIV. (Unaids, 2014, p. 6). A aposta nas intervenções biomédicas é a grande propulsora de todo otimismo em relação ao futuro da resposta à epidemia.

Ainda em 2015, a estratégia global “On the Fast-Track to end AIDS” (Na via rápida para acabar com a AIDS) para o período de 2016-2021, coloca o foco dos esforços globais mais uma vez no campo biomédico para que se cumpram as metas do 90-90-90, reafirmando a tendência no campo da prevenção. (Unaids, 2015). Devido

à restrição orçamentária, muitos países acabaram adotando essas estratégias como única via para responder à epidemia.

Na ausência de políticas mais amplas de prevenção social e política, e como uma forma de enfrentar reduções de orçamentos de programas de AIDS no mundo inteiro, muitos países – não só o Brasil – estão adotando o tratamento como prevenção (TcP) como uma maneira de enfrentar os orçamentos reduzidos e para abandonar um leque mais amplo de atividades preventivas (Parker, 2016, p. 7).

O Tratamento como Prevenção (TcP) ganha destaque como a principal estratégia para alcançar as metas, por possibilitar a interrupção do ciclo de transmissão do vírus. Assim, “a diminuição da carga viral é um objetivo não só do tratamento individual, como do controle sanitário”. A testagem aliada ao tratamento torna-se uma ferramenta de prevenção. (Monteiro *et al.*, 2019, p. 1794 e 1800).

A profilaxia pré-exposição (PrEP) oral, testar e tratar e o tratamento como prevenção (TcP) são os destaques da resposta global na década de 2010, principalmente para aqueles grupos mais suscetíveis a infecção, classificados como populações-chave. A testagem passa a ser o primeiro passo nessa nova perspectiva de prevenção. A partir do diagnóstico, a pessoa seria encaminhada para a adesão ao tratamento, caso positivo, ou para a PrEP, caso negativo. Trata-se de um modelo essencialmente biomédico, mesmo que o discurso global não ignore a importância de intervenções estruturais e sociais, é dada ênfase aos modelos biomédicos. A indicação da Unaids é que a PrEP seja priorizada para populações com maior risco de infecção pelo HIV. (Unaids, 2017, p. 6 e 7).

O UNAIDS tem alertado para o risco que a resposta global à Aids está correndo. O Programa⁴³ estima que em 2021 ocorreram 1,5 milhão de novas infecções pelo HIV, comparando os dados globais entre os anos de 2010, representa uma redução de 32%. O acesso ao tratamento antirretroviral (TARV) alcançou 28,7 milhões de pessoas (75% das pessoas que vivem com HIV), um aumento de 367%. Aproximadamente 650 mil pessoas morreram devido a doenças relacionadas à Aids, uma redução de 52%. No total, 38,4 milhões de pessoas vivem com HIV. Apesar dos bons resultados, eles estão abaixo do desejado. (UNAIDS, 2023).

Das 4.000 novas infecções que ocorrem diariamente no mundo, cerca de 1.100 referem-se a jovens de 15 a 24 anos. Caso o ritmo mantenha-se o mesmo, até 2025, 1,2 milhão de pessoas serão infectadas, triplicando o quantitativo estabelecido para

⁴³ Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em 13 fev. 2023.

meta de novas infecções para 2025 (370 mil). Desde 2015, as novas infecções aumentaram em 38 países. (UNAIDS, 2022, p. 8). Esse é o cenário global da epidemia.

As populações mais vulneráveis devem ser priorizadas tendo em vista que a epidemia produz impactos mais fortes sobre elas, demandando a construção de uma resposta adequada às suas particularidades. No entanto, priorizar não é o mesmo que focalizar. A historicidade da epidemia comprova que abordagens focalizadas não são capazes de freá-la, pelo contrário, reforçam estigmas e preconceitos, aprofundando vulnerabilidades, enquanto produzem uma falsa sensação de segurança em outros segmentos da sociedade, fazendo com que não adotem medidas preventivas. O processo de heterossexualização e feminização da epidemia nos anos 1990/2000 exemplifica bem a questão.

As respostas sociais retornam ao debate global em 2021, como o relatório “End Inequalities. End Aids” (Acabar com as desigualdades. Acabar com a Aids). A estratégia global prevista para o período de 2021-2026 retoma a discussão dos direitos humanos, igualdade de gênero e participação da sociedade civil. O financiamento da política é um destaque do documento, há um apelo para que os países mais ricos contribuam como enfrentamento da epidemia.

Ainda persistem profundas diferenças entre os países e entre grupos em um mesmo território. O UNAIDS retoma o debate acerca dos impactos das desigualdades sociais no contexto do HIV e Aids. O Relatório “In Danger” (UNAIDS, 2022) revela que apesar de os novos casos de HIV estarem diminuindo, o ritmo dessa redução não é satisfatório. Em 2020, o mundo viu a menor redução (-3,6%) desde 2016. No que tange o acesso aos serviços de testagem e tratamento, há estagnação. Apesar do aumento de 1,47 milhão de pessoas que passaram a acessá-lo, esse aumento é o menor desde 2009. (UNAIDS, 2022, p. 8 e 9). Enquanto algumas regiões conseguem gozar de bons resultados, a Europa Oriental e Ásia Central, Oriente Médio e Norte da África e a América Latina foram as únicas regiões que tiveram aumento dos novos casos na última década. (UNAIDS, 2022, p. 6).

Enquanto a expectativa do fim da epidemia é promovida, aspectos políticos e sociais deixam de figurar como uma prioridade da agenda global, regional e local. Fatores estruturais de uma sociedade podem limitar os acessos aos serviços de saúde e aos recursos mais modernos, o que significa que o acesso à testagem, ao

tratamento e a outras formas de prevenção é uma realidade distante para milhões de pessoas em todo o mundo.

Não se trata de ignorar a importância das tecnologias biomédicas para o enfrentamento do HIV/Aids, mas sim de recordar que os principais avanços no campo em questão se deram na combinação de estratégias sociais, políticas e (não apenas) biomédicas. O desenvolvimento de ações eficientes no enfrentamento à epidemia depende do empenho dos governantes, envolvimento da sociedade civil, fomento à pesquisa e investimentos econômicos compatíveis com metas tão ousadas. Nesse sentido, a ideia propagada pelo discurso do fim dos índices epidêmicos da Aids pode ser contraproducente por anunciar a resolução de um cenário que está longe do fim.

4.2 Da intensificação da biomedicalização no governo Temer à reedição “medo” no governo Bolsonaro

O governo de Michel Temer (2016-2018) caracteriza-se pelo significativo avanço das intervenções biomédicas, como a introdução da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), fornecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e a recomendação para o início da terapia antirretroviral (TARV) desde o diagnóstico positivo para o HIV.

O processo de implementação da PrEP teve início no governo Dilma, segundo o diretor do Departamento responsável pela Política de Aids entre 2013 e 2016, Fábio Mesquita. Segundo o ex-diretor, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição Sexual para Populações-chave foi submetido à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) em 2016. (Mesquita, 2016).

No entanto, foi no governo Temer que a PrEP passa a ser implementada no SUS. Novamente o país ganha destaque no enfrentamento ao HIV, por ser “um dos primeiros países do mundo, sendo o primeiro em desenvolvimento, a recomendar e oferecer a PrEP gratuitamente como medida de saúde pública” (Figueiredo, 2018, p. 83). A recomendação do Ministério da Saúde é que esse método de prevenção seja disponibilizado para as populações mais vulneráveis ao HIV⁴⁴.

⁴⁴ As recomendações sobre o público prioritário e formas de uso da PrEP foram atualizadas pelo Ministério da Saúde. Ver mais em: <a href="https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/prep-profilaxia-pre-exposicao/prep-profilaxia-pre-exposicao#:~:text=A%20PrEP%20é%20indicada%20para,e%20facilitar%20as%20experiências%20ssexuais. Acesso em: 21 set. 2024.

A implementação da PrEP no SUS vem ocorrendo de forma gradual em todo o país, para populações sob maior risco de infecção pelo HIV, a saber: gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans e trabalhadores(as) do sexo. Além dessas populações, pessoas com parcerias sorodiferentes para o HIV também são consideradas elegíveis para uso da PrEP (Brasil, 2019, p. 9).

A sua implementação da PrEP teve caráter restritivo, já que as recomendações do governo estabeleciam critérios minuciosos para qualificar pessoas que estariam em condições de fazer uso dos medicamentos fornecidos pelo SUS. Além compor as populações-chave, era necessário ainda viver um contexto específico de práticas sexuais e vulnerabilidades a ser avaliado por um/a profissional de saúde (Brasil, 2019, p. 9).

No período Temer, a PrEP esteve disponível em 241 serviços de saúde do SUS (Brasil, 2019), um número tímido para um país com 5.570 municípios (Ibge, 2019, s/p). De acordo com o Ministério da Saúde, 21.642 pessoas iniciaram o uso da PrEP, contudo 9.117 não aderiram ao tratamento; em 97% dos casos a interrupção do tratamento ocorreu pelo não retorno dos/as usuários/as para acompanhamento no serviço de saúde. Sobre o principal perfil dos/as 12.525 usuários/as da PrEP, se sabe que 79% são homens que fazem sexo com homens (HSH), 71% possuem 12 anos ou mais de escolaridade, 59% pessoas brancas/amarelas, 41% possuem idade entre 30 e 39 anos. (Brasil, 2019).

Estudos de prevalência demandados pelo Ministério da Saúde estimam a concentração do vírus HIV em populações específicas, o que evidencia sua vulnerabilidade. Em mulheres transexuais, a prevalência do HIV é estimada em 31%, em HSH trabalhadores do sexo (com mais de 18 anos), 15%; já em HSH (geral), 10%; enquanto em mulheres trabalhadoras do sexo é de 4,9% (Ibid, 2017, p. 27).

Os registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) são a única fonte de dados epidemiológicos que possibilitam a análise da categoria de exposição. A ficha de notificação compulsória possui o campo “sexo” com três opções possíveis: feminino, masculino e ignorado. Não há nada relativo à identidade de gênero, assim mulheres transgêneros são inseridas no grupo de homens que fazem sexo com homens (HSH). Não é possível, a partir dos dados nacionais disponibilizados anualmente pelo Ministério da Saúde, acompanhar a incidência do HIV e da Aids nesse grupo e eventuais impactos das ações que lhe são direcionadas. Assim, questiona-se o real interesse do poder público em direcionar atenção à saúde dessa população e reconhecer sua existência e seus direitos sociais.

A Prevenção Combinada foi a aposta das campanhas de prevenção ao HIV e Aids no governo Temer. A primeira campanha do governo incluiu material direcionado à população LGBTQIAPN+, população negra e casais heterossexuais (com alusão à importância da testagem de ambos durante o pré-natal).

Figura 5 – Material da campanha sobre Prevenção Combinada - 2016



Fonte: Ministério da Saúde (<https://antigo.aids.gov.br/pt-br/campanha/campanha-do-ministerio-da-saude-sobre-prevencao-combinada-2016>).

A campanha “Aids. Escolha sua forma de prevenção” era composta por filmes que foram divulgados em canais de TV abertas e redes sociais, conteúdo para rádios e cartazes. Segundo o Departamento, o público-alvo priorizado na elaboração da campanha era a juventude e a abordagem da campanha adotou uma linguagem simples para o alcance (Departamento de Aids, 2016).

Em 2017, o Departamento produziu campanhas temáticas considerando festas e festivais regionais, a exemplo de festas juninas, paradas gays, festa do boi de Parintins e Oktoberfest, dando continuidade à tradicional campanha de carnaval. O preservativo interno (vaginal) ganhou notoriedade nas campanhas.

Nas reuniões da Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais (CNAIDS), em 2011, há preocupação com o aumento de casos e demanda por estratégias que

considerassem as especificidades regionais. A questão foi pontuada pelo representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) da época, ressaltando o aumento dos casos de Aids em menores de cinco anos e na população em geral na região Norte. (CNAIDS, 2011).

O progresso do tratamento antirretroviral deu origem à campanha do dia 1º de dezembro de 2018. A campanha “Indetectável” apresentou histórias de pessoas que recém descobriram sua soropositividade e outras que foram diagnosticadas no início da epidemia. Na campanha ambos os grupos compartilham suas histórias, e revelam-se indetectáveis por terem aderido ao tratamento.

Nota-se que no governo Temer ocorreu uma maior aproximação com os movimentos sociais e suas demandas refletem nas abordagens adotadas nas campanhas de prevenção. A ampliação dos recursos biomédicos, na perspectiva da Prevenção Combinada, de fato é um avanço na Política de Prevenção. No entanto, as respostas sociais ao HIV e Aids não ganharam a mesma atenção. A centralidade biomédica permaneceu sendo a característica principal da prevenção.

As mudanças nas estratégias do Ministério da Saúde no governo Temer, com o aumento do investimento em prevenção (biomédica) e as campanhas mais inclusivas, sinalizam as contradições do governo e do contexto político brasileiro. Apesar de defender e adotar uma política de corte de gastos, especificamente na prevenção, o Departamento de Aids no governo Temer teve maior liberdade quando comparado com o período Dilma.

Ao ocupar a presidência, Temer já tinha esquematizado os acordos para ter a governabilidade necessária e promover políticas neoliberais. Já estavam resguardadas as condições para lhe conferir certa tranquilidade para conduzir seu governo. Tal tranquilidade rebate positivamente na prevenção do HIV, graças a nomeações técnicas e comprometidas com a Política de Aids.

Contudo, a vitória da nova direita brasileira com a eleição de Jair Bolsonaro fez com que a prevenção retrocedesse décadas. Iniciado em 2019, o governo Bolsonaro, reedita e reforça artifícios presentes no início da trajetória da resposta brasileira ao HIV e Aids: o retorno da “pedagogia do medo”, somada à biomedicalização com centralidade no preservativo (externo), como alternativas para lidar com a epidemia.

A centralidade nos métodos biomédicos se fez presente nas duas gestões anteriores, porém o governo Bolsonaro acelera a crise da política de prevenção pela forma que impõe. Se no governo Temer a ênfase estava na inclusão das novas

tecnologias de prevenção, como a PEP e a PrEP, no governo Bolsonaro elas não aparecem no discurso oficial.

O resultado das eleições presidenciais do ano de 2018 gerou tensão entre as organizações da sociedade civil e demais envolvidos/as com a política de HIV e Aids. De imediato, o novo governo promoveu mudanças no corpo técnico do então Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais, sem muitas explicações.

A primeira ação em relação à Política Nacional de HIV e Aids foi retirada da cartilha “Homens Trans: vamos falar sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis” (elaborada na gestão do presidente Michel Temer) do site do Departamento e relançada pouco tempo depois em uma versão corrigida e atualizada. A nova equipe do Departamento justificou que o antigo material apresentava “informações equivocadas e sem embasamento científico, além de imprecisões técnicas, editoriais e de responsabilização legal” (Brasil, 2019a, s/p).

Duas questões foram retiradas da cartilha por não possuir “embasamento científico”: o pumping e a adaptação do preservativo externo (peniano) e interno (vaginal) para a proteção no sexo oral na vagina. A primeira versão da cartilha apresentava um “passo-a-passo” da confecção do pump. As orientações foram substituídas por: “uma breve descrição sobre o que é o pump, um alerta sobre os riscos de lesões e infecções que a prática pode ocasionar e a informação de que não há evidências científicas sobre a eficácia e segurança dessa prática” (Brasil, 2019b, s/p.).

Tratar a questão apenas pelo aspecto do risco é um grave equívoco. O uso adaptado de preservativos para a proteção no sexo oral, apesar de não ser uma prática considerada “oficial”, surge da criatividade da sociedade diante da falta de insumos específicos para esta prática. A adaptação foi incorporada e ensinada em diversos serviços de saúde. Justificou-se que a exclusão da prática da cartilha se deu por não existir “legislação que permita ao Ministério da Saúde indicar o uso alternativo de preservativos fora das orientações do fabricante [...] como também não recomendam o corte para uso com outra finalidade” (Brasil, 2019b, s/p).

Quando o governo federal exclui essa possibilidade de prevenção e não incorpora outra que tenha o mesmo efeito, passa dois recados. O primeiro é que o Departamento não está disposto a incorporar alternativas criadas pela sociedade civil, mesmo que estas demonstrem, por meio de sua experiência cotidiana, certo grau de eficiência. O segundo recado é para mulheres e para homens trans. Quando o

governo descarta uma prática que pode reduzir a chance de transmissão de diversas IST, reconhecida inclusive pelo UNAIDS, com a justificativa de que o preservativo não possui tal finalidade, e retira orientações para que o pumping seja realizado com maior segurança (redução de danos), demonstra não priorizar formas de prevenção para estes grupos. Ao desconsiderar as experiências exitosas no campo da prevenção, elaboradas pela sociedade, e privilegiar a abordagem biomédica, ignora-se que:

[...] não foram nem a ciência e nem a saúde pública, e sim as comunidades, os responsáveis pela produção do conhecimento e a articulação das estratégias mais importantes do enfrentamento da epidemia [...] a invenção do sexo seguro e a redução dos danos, que são estratégias que não foram criadas pelos professores de saúde pública, nem pelos gestores do sistema de saúde. Foram produzidas pelas pessoas vivendo com HIV, vivendo nas comunidades mais afetadas pela epidemia [...] O conhecimento mais importante sobre a epidemia e como enfrentar a epidemia foram criados pelas comunidades (Parker, 2015, p. 10).

A tradicional campanha de carnaval gerou muitas críticas, tanto pela demora em seu lançamento (às vésperas do carnaval), quanto pela abordagem adotada. Com o apelo “Pare, Pense e Use Camisinha”, a campanha foi voltada para homens com 15 a 34 anos. Entretanto, o Ministério da Saúde omitiu que os homens que fazem sexo com homens (HSH) compõem parte significativa dos novos casos de HIV e Aids, especialmente entre os jovens.

A postura adotada pelo Ministério da Saúde rompe com a tradição de direcionar suas principais campanhas de prevenção com base nos dados mais relevantes do Boletim Epidemiológico produzido no ano anterior. Os espaços representativos como a CNAIDS foram extinguidos por meio do Decreto 9.759 de 12 de abril de 2019. A participação social foi restringida com base nas novas regras estabelecidas pelo governo.

A Aids perdeu espaço no período Bolsonaro, inclusive no nome do Departamento responsável pela condução da resposta brasileira à epidemia. O Decreto Nº 9.795, de 17 de Maio de 2019, instituiu mudanças na estrutura do Ministério da Saúde. O então Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais passa a ser denominado Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. O Departamento ganha novas atribuições e a Política de HIV e Aids é reduzida a uma das coordenações que compõem o Departamento.

A notícia desagradou diversos setores envolvidos no enfrentamento da epidemia, resultando no manifesto “Política de Morte: O fim do Departamento de Aids”,

elaborado pelo Movimento Nacional de Luta Contra a Aids. Ao não reconhecer o HIV e a Aids como prioridades no campo da saúde, o governo federal desmobilizou a condução de estratégias nacionais de prevenção e de atenção às pessoas que vivem com HIV.

Tendo em vista os impactos negativos da descentralização da saúde para a Política de Aids, devido ao desinteresse de parte dos municípios em fomentarem ações de prevenção, pode-se supor que o fim do Departamento tenha desarticulado as iniciativas de alguns governos estaduais e municipais que se pautavam nas diretrizes adotadas pelo governo federal. Sem um referencial para direcionar a execução das estratégias locais, ampliam-se as disparidades do avanço da Aids no país pelas desigualdades sociais e pelas vulnerabilidades no território.

Em 23 de julho de 2019, o Ministério da Saúde anunciou que deixaria de atualizar as redes sociais do Departamento e as informações até então abordadas seriam disponibilizadas nas redes do Ministério. Campanhas de prevenção ao HIV ou voltadas para o fim do preconceito em relação ao vírus propagadas na grande mídia se tornaram raras. As redes sociais oficiais amortecem a defasagem no âmbito da comunicação e se tornam ferramentas importantes para divulgar informações confiáveis sobre prevenção e acesso ao tratamento.

A campanha “SEM CAMISINHA VOCÊ ASSUME O RISCO DE PEGAR UMA INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL – IST” foi lançada no fim de outubro de 2019, com o objetivo estimular a população jovem, com idade entre 15 e 29 anos, a aderir ao uso do preservativo. A iniciativa foi criticada pela sociedade civil, especialmente por sua abordagem ultrapassada, que apela para noção de risco, muito utilizada no passado. O Ministério da Saúde retrocede ao utilizar a tríade medo-nojo-culpa em sua idealização. Uma campanha semelhante foi realizada no governo do presidente Fernando Collor de Mello.

Houve campanhas terroristas para incentivar o medo. “Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar”, por exemplo, foi a principal mensagem da primeira campanha do governo Collor – um exemplo da distorção do conceito de “cuidar” feito pela visão oficial da saúde pública tradicional e do poder público, em que o “cuidar” virou um “cuidar de si” individualista e autocentrado em vez do “cuidar solidário” (Parker, 2016, p. 15).

Existem pontos importantes nessa campanha que necessitam ser elucidados. Incentivar a adesão ao uso cotidiano do preservativo sempre foi um desafio e sua importância é inquestionável. Entretanto, apresentá-lo como único método de

prevenção limita as possibilidades de reduzir a transmissão do vírus e desconsidera a autonomia das pessoas. Na campanha em questão, o preservativo externo (peniano) é apresentado sozinho. Ignoram-se outras alternativas que compõem a Prevenção Combinada, como a testagem ou preservativo interno (vaginal), restringindo as possíveis opções de prevenção biomédicas.

Figura 6 – Materiais da campanha “SEM CAMISINHA VOCÊ ASSUME O RISCO DE PEGAR UMA INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL – IST”



Fonte: Ministério da Saúde (<http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/ist/>).

Como ressaltam Daniel e Parker (2018, p. 138), “o pânico da AIDS vai acabar matando mais gente do que a própria, porque esta pode causar baixas importantes, mas aquele é capaz de provocar um genocídio”. A ênfase na responsabilização individual ignora os demais aspectos que interferem na vulnerabilidade em que cada pessoa pode estar exposta, como se o uso do preservativo fosse uma escolha simples e negociável em todos os casos. Assim, o Ministério da Saúde opta por não abranger outras dimensões da prevenção e recai em um antigo erro.

[...] o mantra de “use camisinha” não é (e nunca foi) suficiente, assim, ter mais ferramentas é fundamental [...] todas essas novas ferramentas são importantíssimas. No entanto, são importantíssimas quando utilizadas de uma maneira que respeite a autonomia e a importância do conhecimento que as comunidades mais afetadas pela epidemia de fato tem (Parker, 2015, p. 10).

O conceito de vulnerabilidade não é devidamente incorporado na Política de Prevenção do governo Bolsonaro. A campanha estimula a população a buscar informações sobre as IST em sites de pesquisa, em vez de orientá-la a procurar atendimento no serviço de saúde.

A campanha “Adolescência primeiro, gravidez depois – tudo tem o seu tempo” do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos e do Ministério da Saúde, foi apresentada em 03 de fevereiro de 2020, tendo como objetivo “reduzir os altos índices de gravidez na adolescência” (Brasil, 2020, s/p). Parte das peças publicitárias traz a seguinte orientação: “Reflita. Informe-se. Converse com sua família. Procure orientações em uma unidade de saúde”. No entanto, tendo em vista o objetivo da campanha, não são apresentados métodos de prevenção importantes, como os contraceptivos. Desconsidera-se as dificuldades das famílias em tratar de questões relacionadas à sexualidade, os casos de violência que ocorrem no espaço intrafamiliar e os entraves que os/as jovens encontram para acessar os serviços de saúde.

Posteriormente, o Ministério da Saúde lança a campanha de prevenção às IST do Carnaval 2020: “Usar camisinha é uma resposta de todos” (Brasil, 2020, s/p).

Figura 7 – Material da campanha “Usar camisinha é uma resposta de todos”



Fonte: Ministério da Saúde (<https://antigo.aids.gov.br/pt-br/campanha/campanha-de-prevencao-ist-2020>).

Direcionada à população jovem, novamente apresenta apenas o preservativo externo como possibilidade de prevenção, outros métodos não foram mencionados

nas peças publicitárias. No evento de lançamento foi ressaltado que a campanha abrange todas as IST e não somente o HIV. Tal ênfase pode servir como justificativa para a centralidade do preservativo nas estratégias de prevenção do atual governo. Assim, a prevenção combinada perde impulso no país e a trajetória da resposta brasileira perde relevância.

A “pedagogia” que se utilizada do medo ganha maior dimensão campanhas do governo Bolsonaro. Optou-se por expor fotos de sinais do HPV, sífilis e herpes genital nas peças de divulgação. Mais uma vez, o preservativo externo é o único método elencado para prevenção. O recurso do medo pretender impor um conhecimento raso e parcial sobre as IST, visto que sua manifestação (sinais e sintomas) não é idêntica em todos os casos. A linguagem do medo, supostamente, viabiliza o conhecimento e a proteção no governo Bolsonaro.

Tendo em vista a história da epidemia, sobretudo no Brasil, comprehende-se que o caminho trilhado para alcançar bons resultados na promoção do sexo mais seguro, contou com a sinergia dos movimentos na ressignificação social da Aids para a prevenção, que não apelaram para o uso pedagógico do medo, mas se utilizaram de respostas culturais ao enfrentamento da epidemia como um contradiscorso ao medo e ao estigma diante das limitações da medicina.

Em consonância com o momento histórico, em meio à redemocratização da sociedade brasileira na década de 1980, e numa época em que a biomedicina oferecia pouca ou nenhuma resposta significativa à epidemia, as respostas culturais proporcionavam uma das formas mais importantes de mobilizar a sociedade para enfrentar a epidemia e o estigma e a discriminação generalizados que ela havia desencadeado (Parker; Aggleton, 2021, p. 14).

Conforme Almeida (2018), ao romper com o discurso dominante sobre a Aids, abre-se espaço para o ativismo das comunidades e a produção de respostas elaboradas por elas, assim como para políticas públicas que de fato estivessem acompanhando a trajetória da epidemia e das populações mais vulneráveis. A partir de então, “culturas, identidades e comunidades性uais começaram a se organizar para o enfrentamento da epidemia” (Almeida, 2018, p. 57).

As respostas culturais construídas pelo movimento de Aids propuseram uma alternativa as abordagens tradicionais de prevenção. Para além da informação, temas como “direitos e cidadania, opressão sexual e sexo mais seguro” faziam parte das atividades dos projetos culturais e sociais, demonstrando que a epidemia estava inserida em processos sociais e relações de poder. (Almeida, 2018, p. 62).

O “Projeto Homossexualidades” desenvolvido pela ABIA a partir de 1993 é um exemplo contundente de produção cultural na construção do sexo mais seguro, envolvendo manifestações artísticas, como o teatro (Almeida, 2018). Outra produção de aproximação direta pode ser visualizada nas representações e expressões de cartões postais da Abia, como a que se apresenta a seguir, denotando o cuidado e a redução de danos nas relações sexuais. Assim, naqueles contextos da prevenção, sem tantas “soluções” ou possibilidades biomédicas à centralização do modelo de prevenção, a inserção cultural fez a diferença para a comunidade homossexual e para se pensar nas vulnerabilidades.

Figura 8 – Cartão postal elaborado por projeto da Abia (2005)



Fonte: Abia (2024).

A indiferença do governo Bolsonaro à resposta brasileira ao HIV e Aids e a intensidade do processo de centralização da biomedicalização da prevenção devem ser traduzidos no aumento acelerado da epidemia nas populações mais vulneráveis. Os dados apresentados anteriormente sobre o perfil dos/as usuários/as da PrEP demonstram que disponibilizar um método biomédico, por mais inovador que possa ser, de maneira mecânica e isolada não é capaz de alcançar parte importante da população, a exemplo das pessoas negras, pessoas trans e jovens. Essa lição já tinha sido aprendida no início da epidemia diante das limitações dos discursos de promoção ao preservativo propagados por algumas autoridades médicas e políticas.

A solução não está em um medicamento, iniquidades sociais não são superadas ao tomar um comprimido. A prevenção ganha força na medida em que a sociedade passa a se questionar sobre os fatores que fazem com que alguns e algumas estejam mais vulneráveis ao HIV do que outros/as. Nesse sentido, Barros (2002, p. 81) reforça a necessidade de enxergar os indivíduos a partir da constituição de sua totalidade, sem fragmentá-los. O autor pondera que “o enfoque primordial não

deve continuar se concentrando naquilo que o paciente tem em comum com outros, mas nas suas peculiaridades". Torna-se urgente retomar estratégias baseadas no princípio de solidariedade e no reconhecimento da prevenção enquanto direito humano. Do contrário, a PrEP e outros métodos biomédicos, ficarão restritos a uma parcela pequena da população e que não necessariamente será aquela mais vulnerável à infecção.

Assim, uma prevenção pré-fabricada e pouco interdisciplinar proporciona resultados ineficientes. A interdisciplinariedade, segundo Fazenda (2011), compreende a superação da visão fragmentada do conhecimento. O olhar interdisciplinar proporciona o acolhimento das diversidades sem desconsiderar e desagregar suas particularidades, sendo importante no contexto de elaboração e condução da Política de Prevenção. As contribuições de profissionais e intelectuais de diversas áreas torna a resposta ao HIV e Aids cada vez mais integradora e inclusiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Aids no Brasil demarca os processos de desigualdades presentes em nossa formação sócio-histórica ao mesmo tempo em que gera reações de oposição às injustiças sociais. O ímpeto do Movimento da Reforma Sanitária impulsiona o processo de redemocratização e o SUS, assim como o Movimento Social de Aids brasileiro e o contradiscorso da solidariedade elaborado no seu interior, estimulam uma nova concepção de enfrentamento dos desafios da saúde coletiva. A solidariedade e a cidadania são princípios que não dialogam com as desigualdades sociais e os estigmas produzidos a partir de construções sociais que segregam, reduzem direitos e promovem iniquidades em saúde.

Os limites impostos para o êxito das estratégias de prevenção e a sua condução nos governos Dilma revelam inúmeras contradições, algumas delas apresentadas no decorrer deste trabalho. Ao assumir a presidência, Dilma encontrou um cenário menos animador que o de seu antecessor. Para a maior parte da população, Lula deixou a “casa em ordem” para que Dilma pudesse ocupá-la. A presidente precisou lidar com comparações, sendo caracterizada pelo pouco carisma e reduzida capacidade de diálogo.

O cenário dos anos 2010 era o oposto ao do início da epidemia. A reivindicação dos movimentos sociais não desperta a mesma comoção e nem encontra os mesmos espaços de reverberação, por isso foi insuficiente para contrapor o avanço do conservadorismo nesse campo. No Brasil, a Prevenção Combinada não foi devidamente articulada, sobrepondo-se os avanços tecnológicos, enfraquecendo-a e distorcendo seu real sentido.

Os dados epidemiológicos de 2011 a 2016 e as estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde podem indicar que sua utilização parte de uma interpretação generalizada do quadro da epidemia no país. O reforço na estabilidade da Aids presente no “discurso governamental” acaba por conferir a ela uma menor importância e maior despreocupação com manutenção da Política de Prevenção.

Efeito desse processo, o ritmo acelerado em que a Aids alcançava as populações específicas não fomentou estratégias sociais inovadoras para enfrentá-la. Como a Aids, enquanto questão de saúde pública, mobilizaria a sociedade na criação de respostas para sua superação se ela não aparece nos discursos oficiais e perde espaço nos meios de comunicação?

A condução da Política de Prevenção pelo governo federal não estimulou o exercício da solidariedade e sua inserção na prevenção. Assim, as respostas baseadas na solidariedade que foram direcionadas ao enfrentamento da epidemia se perderam no governo Dilma e preparou o caminho para o que veio depois.

A presidente não conseguiu manter a coalizão estabelecida por Lula e pelo Partido dos Trabalhadores. No decorrer da pesquisa bibliográfica foi recorrente afirmações de que Dilma era muito honesta e sua inabilidade em dialogar com opositores fez com que ela fracassasse. Mas antes da queda, veio a resistência. Entre acordos e concessões, as bases dos movimentos sociais foram fissuradas. A parceria que forjou a ousada resposta brasileira ao HIV e Aids deu lugar a protestos e posicionamentos públicos em denúncia ao desmonte da Política de Aids no país.

O avanço da nova direita no Brasil encorralou a presidente e o ímpeto conservador/moralista influenciou significativamente a Política, promovendo um processo de individualização e restrição da prevenção expresso pela centralidade nas intervenções biomédicas e no recuo das respostas sociais. A limitação da Prevenção sofre as consequências da pauta envolvendo a moral e os bons costumes que foi bastante pertinente na ascensão da nova direita. A centralidade biomédica é conveniente para acalmar os ânimos de segmentos que, incumbidos de defender a economia e a família brasileira, enxergam a Política de Aids como gasto e condenam parte de seus fundamentos.

Após o impeachment da presidente Dilma, o governo Temer amplia a interferência das políticas neoliberais, comprometendo a resposta à epidemia pela limitação dos investimentos em saúde. Por outro lado, novas tecnologias são incorporadas e ampliadas no SUS, ganhando maior destaque nas campanhas do Ministério da Saúde. Seguindo a tendência global, enfatiza-se as intervenções biomédicas e coloca-se o controle da transmissão do vírus, fundamental para o tão projetado fim da epidemia, sob responsabilidade das populações-chave.

O conceito de população-chave, propagado pelo UNAIDS e absorvido no âmbito local, é utilizado para incluir ou excluir grupos do acesso às novas tecnologias de prevenção, como ocorre com a PrEP no Brasil. O foco da Política de Prevenção em população com alta vulnerabilidade à exposição ao HIV pode parecer uma estratégia de atenção prioritária para quem mais necessita, como também, visto o histórico da epidemia, uma forma de responsabilizá-la.

Tal qual o recorte epidemiológico dos “grupos de riscos”, as expectativas geradas pelo controle da epidemia entre populações-chave, a partir do acesso restritivo as intervenções biomédicas, pode reforçar preconceitos e gerar medidas autoritárias de prevenção como uma forma de controle dos corpos e regulação de comportamentos. Os recursos biomédicos são essenciais, mas não suficientes. O aumento na oferta desses recursos não garante que sua adesão se dará facilmente.

No início da epidemia surgiram discursos de oposição à distribuição gratuita ao preservativo. Quando o insumo passa ser a corriqueiro nas campanhas de prevenção, disponível facilmente em farmácias e serviços públicos de saúde, argumenta-se que já não há motivos para as pessoas não se prevenirem do HIV. Esse tipo de pensamento se estende às novas intervenções, como a PrEP e a PEP. Com tantas opções para prevenir-se antes, durante e após as relações sexuais só correria o “risco” quem quisesse. Tal discurso ignora a interferência das questões sociais, culturais e econômicas que envolvem as condições de acesso e adesão aos recursos de saúde, como elucida o conceito de vulnerabilidade.

Assim, os objetivos criados e pactuados não são alcançados. O discurso do fim da epidemia vira uma armadilha e uma conveniência. Tendo em vista as recomendações do UNAIDS e do Ministério da Saúde no período em questão, nota-se um ciclo de protocolos centrados na biomedicina. Preservativos, lubrificantes, testagem, profilaxia pré e pós-exposição, além do tratamento antirretroviral, se complementam para evitar a propagação do vírus. Todos os caminhos levam à biomedicalização. Sem respostas sociais, as peças estão colocadas, mas as engrenagens para encaixá-las e movê-las estão emperradas. O que deveria potencializar a prevenção a restringe.

Esse processo agravou-se com a chegada de Bolsonaro na presidência. Se no governo Temer o foco da estratégia estava na ênfase nas novas tecnologias de prevenção, no governo que o sucedeu a ênfase retorna ao preservativo externo. O governo Bolsonaro desconstrói a trajetória política de HIV e Aids, retrocedendo e recorrendo ao medo. A ideia de que o medo e a prevenção podem ser parceiros no enfrentamento à epidemia foi levantada no decorrer de sua história, inclusive pelo governo federal como se viu. O medo ensina?

A política baseada na ação pedagógica do medo consiste na utilização de discursos alarmistas, que provocam o pânico e enfatizam o que supostamente não deve ser feito, como comportamentos julgados promíscuos ou transar sem

preservativo, ao invés de apresentar possibilidades de potencializar a prevenção em condições que nem sempre é possível utilizar todos os recursos existentes e necessários.

É fundamental compreender o legado brasileiro de combate à epidemia e seus significados sociais, o que envolve autonomia, capacidade de negociação e a redução de danos, indo além das estratégias que facilitam o uso do preservativo e a adesão ao tratamento para o seu enfrentamento. Nesse sentido, o princípio da solidariedade deve ser recordado em todas as suas dimensões e promovido em prol da garantia de direitos.

A Política de Prevenção ao HIV e Aids no Brasil sofreu com a disputa de um novo projeto de poder, seja por seu viés neoliberal, seja pelo viés conservador/moralista. Esse cenário, entretanto, é uma das possíveis consequências dos recuos no período Dilma. As contradições presentes na sociedade brasileira requerem atenção para as diferentes dimensões da Aids, sejam elas históricas, políticas, sociais e econômicas.

REFERÊNCIAS

- ABIA, *et al.* **SOS**: Governo Dilma coloca controle social da Aids em risco de extinção. 2012. Disponível: https://www.abiaids.org.br/_img/media/SOS_ONGS-Aids.pdf. Acesso em: 06 fev. 2024.
- ABIA. **Boletins Abia**. 1988 – 2016. Disponível em: <https://abiaids.org.br/categoria/acervo-abia/boletins/boletim-abia-pt-br>. Acesso em: 05 mai. 2023.
- AGÊNCIA DE NOTÍCIA DA AIDS. **ONGs/Aids divulgam protesto contra desmantelamento do controle social no Governo Dilma**. 21 mar. 2012. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/ongs-aids-divulgam-protesto-contra-desmantelamento-do-controle-social-no-governo-dilma/>. Acesso em: 22 mar. 2023.
- AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS. **IBGE divulga as estimativas da população dos municípios para 2019**. 28 ago. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25278-ibge-divulga-as-estimativas-da-populacao-dos-municipios-para-2019>. Acesso em: 18 nov. 2019.
- ALMEIDA, R. de. **À sombra ao poder**: bastidores da crise que derrubou Dilma Rousseff. São Paulo: Leya. 2016. p. 224.
- ALMEIDA, V. Ativismo cultural em tempo de Aids a arte que transforma o mundo. In: **Quando ousamos existir**: itinerários fotobiográficos do movimento LGBTI Brasileiro (1978-2018) / Marcio Caetano [*et al.*] (ORGs). – 1. ed. – Tubarão: Copiart; Rio Grande, RS: FURG, 2018. p. 192.
- AYRES, J. R. C. M., CALAZNS, G. J., SALETTI FILHO, H. C., FRANÇA-JÚNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. org. CAMPOS. G. W. S., W. S., MINAYO, M. C. S., AKERMAN, M., DRUMOND JÚNIOR. M., CARVALHO, Y; M. 2006. p. 375- 417.
- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (ORGs). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 2009. p.117-139.
- AYRES, J. R.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C. M. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (Org.). **Vulnerabilidade e direitos humanos**: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012. p. 9-22. (Livro 1).

BARROCO, M. L. S. **Ética**: fundamentos sócio-históricos. v.4. Coleção biblioteca básica de serviço social. 3^a edição. São Paulo: Cortez Editora, 2022. *E-book*. Minha Biblioteca. Acesso em: 12 nov. 2023.

BARROS, S.G. **Política Nacional de Aids**: construção da resposta governamental à epidemiaHIV/aids no Brasil [online]. Salvador: EDUFBA, 2018, p. 330-335. ISBN 978-85-232-2030-3. <https://doi.org/10.7476/9788523220303>. Acesso em: 18 mar. 2023.

BASTHI, A. Sexualidade: sexo e desejo na prevenção da AIDS. In: **Boletim ABIA**. no 60. O retorno do vírus ideológico. 2015. p. 3-4. Disponível em: <http://abiaids.org.br/o-retorno-do-virus-ideologico/28151>. Acesso em: 15 jun. 2018.

BASTOS, F. I. **Aids na Terceira Década**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BEHRING, E. R., BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BELOQUI, J. Ativismo contra o retrocesso. 2006. In: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. **Boletim ABIA**. Ago-Out. 2006. nº 54. Disponível em: <https://abiaids.org.br/boletim-abia-54-agosto-outubro-2006/26410>. Acesso: 25 mar. 2023.

BELOQUI, J., TERTO JR, Veriano. **A prevenção à AIDS no governo Dilma e a censura dos vídeos da campanha do Carnaval de 2012**. Disponível em: <http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/artigoveriano.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 02 fev. 2023.

BRASIL. **Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 03 mar. 2024.

BRASIL. **Decreto 9.759 de 12 de abril de 2019**. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9759.htm. Acesso em: 06 mar. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança,

transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9795.htm. Acesso em: 06 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final – 8ª Conferência Nacional da Saúde**. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-8a-conferencia-nacional-de-saude/view>. Acesso em: 02 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_2022_internet_31-01-23.pdf/view. Acesso em: 13 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção para Profissionais do Sexo - Campanha nas redes sociais** - 2013. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/campanha/prevencao-para-profissionais-do-sexo-campanha-nas-redes-sociais-2013>. Acesso em: 08 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 36 p. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2018/agenda-estrategica-para-ampliacao-do-acesso-e-cuidado-integral-das-populacoes-chaves-em-hiv-hepatites-virais-e-outras-infeccoes-sexualmente-transmissiveis/view>. Acesso em: 13 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids. 2016**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivais-2016>. Acesso em: 16 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Documento com as atualizações e correções feitas na cartilha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/homens-trans-vamos-falar-sobre-prevencao-de-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-versao>. Acesso em: 17 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do

HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Homens trans:** vamos falar sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis? Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. 35 p. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/homens-trans-vamos-falar-sobre-prevencao-de-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-versao>. Acesso em: 17 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2017. 123 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadoresas-e-gestores>. Acesso em: 26 fev. 2019.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. **A Saúde no Brasil:** Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (ORGs.). Política Social e democracia. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, M. I. S.; VASCONCELOS, A. M.; GAMA, A. S.; et al. **Saúde e serviço social.** Cortez, 2022. E-book. ISBN 9786555552690. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555552690/>. Acesso em: 18 mar. 2023.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Subcomissão dos Direitos e Garantias Individuais.** Atas das Reuniões. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada/o-processo-constituinte/comissoes-e-subcomissoes/Comissao-1/subcomissao1c. Acesso em: 20 out. 2024.

CÂMARA, João Antônio de Souza Mascarenhas na Assembleia Nacional Constituinte. In: **Quando ousamos existir:** itinerários fotobiográficos do movimento LGBTI Brasileiro (1978-2018) / Marcio Caetano [et al.] (ORGs.). – 1. ed. – Tubarão: Copiart; Rio Grande, RS: FURG, 2018. p. 192.

CARRARA, S. **Moralidades, rationalidades e políticas sexuais no brasil contemporâneo.** 2015. MANA 21(2): 323-345, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-93132015v21n2p323>. Acesso em: 27 mar. 2023.

CARTA CAPITAL. **Associação reclama de veto do governo a vídeo com casal gay.** 10 fev. 2012. Disponível: <https://www.cartacapital.com.br/politica/associacao-reclama-de-veto-de-governo-a-video-com-casal-gay/>. Acesso em: 08 out. 2024.

CARTA CAPITAL. **Prostituição e direito à saúde.** Pedro Serrano. 05 de junho de 2013. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/prostituicao-e-direito-a-saude-737/>. Acesso em: 26 ago. 2022.

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

CEDOC LGBTI+. Centro de Documentação Prof. Dr. Luiz Mott. **Política de Gestão de Acervo.** 2021. Curitiba. Disponível: <https://cedoc.grupodignidade.org.br/wp-content/uploads/2022/02/Politica-de-Gestao-de-Acervo-CEDOC-LGBTI.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2024.

CICONELLO, G. A.; MORONI, J. A. Participação Social no Governo Lula. Avançamos? in: **A Abong nas conferências 2005:** criança e adolescente - assistência social. São Paulo: ABONG, 2005. Disponível em: http://bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/11465/207/1/ABONG_Conf_2005_%20Cnas_Conanda.pdf Acesso em: 08 jul. 2023.

COGGIOLA, O. Crise econômica, desgaste institucional e extrema direita. In: **Ascensão da nova direita e o colapso da soberania política:** transfigurações da política social. Pereira, P. A.P. (Org.). São Paulo: Cortez, 2020.

CONTRERA, W. F. **GAPAS:** uma resposta comunitária à epidemia da AIDS no Brasil/ Wildney Feres Contrera. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. p. 68. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/179_2Gapas.pdf. Acesso: 24 mar. 2023.

CORRÊA, S. A resposta brasileira ao HIV e à AIDS em tempos tormentosos e incertos. 2016. In: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. **Mito vs Realidade:** sobre a resposta brasileira à epidemia de hiv e aids em 2016. p. 9-17. ABIA. Disponível em: <http://abiaids.org.br/mito-vs-realidade-sobre-resposta-brasileira-epidemia-de-hiv-e-aids-em-2016/29228>. Acesso em: 13 jan. 2023.

DANIEL, H. Aids no Brasil: a falência dos modelos In: **AIDS, a terceira epidemia:** ensaios e tentativas. Herbert Daniel e Richard Parker. - Rio de Janeiro: ABIA, 2018. p. 33-56.

DANIEL, H.; PARKER, R. **A terceira epidemia:** o exercício da solidariedade. In: AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas. Herbert Daniel e Richard Parker. - Rio de Janeiro: ABIA, 2018. p. 13-31.

ENONG. Documento Político. In: **Relatório Técnico do XVI Encontro Nacional de ONG/Aids.** Ativismo: crise, identidade e reinvenção. Belém/PA. 2011. p. 175-177.

FACCHINI, R. **Movimento homossexual no Brasil:** recompondo um histórico. 2003. Disponível em: <https://dspace.sistemas.mpba.mp.br/handle/123456789/351>. Acesso em: 28 mar. 2023.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade**: Um projeto em parceria. 5. ed. São Paulo, SP: Loyola, 2002. (1991). V. 13 Coleção Educar. p. 119. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=zkedGe5p7rkC&lpg=PP1&hl=pt-BR&pg=PA32#v=onepage&q&f=true> 04/11. Acesso em: 03 ago. 2024

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743-752, maio 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010> 26/04/2024. Acesso em: 03 ago. 2024

FLEURY, S., OUVERNEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V.C., NORONHA, J. C., CARVALHO, A. I., eds. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 25-57. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0004>. 27/03/2024. Acesso em: 08 ago. 2024.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Porta-voz do Departamento de Estado diz que a prática espalha a doença e defende a não-liberação de verba para ONGs do país**. 06 de mai. 2005. Cotidiano. Fabiane Leite. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0605200522.htm>. Acesso em: 18 nov. 2023.

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

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social, 7ª edição**. Editora Atlas Ltda: Grupo GEN, 2019. E-book. Minha Biblioteca. Acesso em: 14 jun. 2023.

GREEB, J. N. Algo radicalmente novo e diferente. In: **Inventário do Fundo Grupo Somos**. MARTINI, S. R. M.; CORRÊA, L. C.; PASCHOAL T. G. (ORGs). – Campinas, SP,: Publicação digital no formato PDF. p. 408. Arquivo Edgard Leuenroth. Disponível em: <https://redisap.unicamp.br/downloads/br-spael-somos.pdf>. Acesso em: 02 set. 2024.

GREEN, J. N. Somos: Grupo de Afirmação Homossexual, o Movimento Negro Unificado e o Primeiro de maio de 1980. In: **Quando ousamos existir: itinerários fotobiográficos do movimento LGBTI Brasileiro (1978-2018) / Marcio Caetano [et al.] (ORGs)**. – 1. ed. – Rio Grande, RS : FURG, 2018. p. 192.

GRUPO DIGNIDADE. **ABGLT requer tomada de providências ao Ministério Público Federal** – veto/censura campanha carnaval. 22 fev. 2012. Disponível em: <https://www.grupodignidade.org.br/abglt-requer-tomada-de-providencias-ao-ministerio-publico-federal-veto-censura-campanha-carnaval/>. Acesso em: 02 set. 2024.

GUIMARÃES, C. A questão dos preconceitos in: **Boletim Abia 3.** 1988. Disponível em: <http://hshjovem.abiaids.org.br/wp-content/uploads/2017/10/BOLETIM-ABIA-Nº3-1988.pdf>. Acesso em: 03 set. 2024.

LAMPIÃO. Morte Suspeita na Casa dos Loucos. Edição 32. 1981

LAMPIÃO. Saindo do Gueto. Opinião. Conselho Editorial. 1978. p. 2. Edição experimental – Número Zero.

LAURINDO-TEODORESCU, L.; TEIXEIRA, P. R. **Histórias da aids no Brasil, v.1**: as respostas governamentais à epidemia de aids. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015a. p. 464. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/15021>. Acesso em: 24 mar. 2023.

LAURINDO-TEODORESCU, L.; TEIXEIRA, P. R. **Histórias da aids no Brasil, v. 2**: a sociedade civil se organiza pela luta contra a aids. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015b. p. 360. Disponível em: <https://prceu.usp.br/repositorio/historias-da-aids-no-brasil-1983-2003-v-2-a-sociedade-civil-se-organiza-pela-luta-contra-a-aids/>. Acesso em: 24 mar. 2023.

LOURO, G. L. Pedagogias da sexualidade. **O corpo educado: Pedagogias da sexualidade**. Guacira Lopes Louro [ORG.] 2019.

MACHADO, M. D. C. **Aborto e ativismo religioso nas eleições de 2010**. Revista Brasileira de Ciência Política, (7), 25–54. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-33522012000100003><https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/PTHwmQfBxGnZ6H4LQ7tp8Dc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 set. 2024.

MACHADO, M. D. C. **Aborto e ativismo religioso nas eleições de 2010**. Revista Brasileira de Ciência Política, no7. Brasília, janeiro - abril de 2012, pp. 25-54.2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcpol/n7/a03n7.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2019.

MACRAE, E. **A construção da igualdade** - política e identidade homossexual no Brasil da “abertura”. Salvador: EDUFBA, 2018. p. 377. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/yn5sj>. Acesso: 06 nov. 2023.

MAIOR, P. S. **O Movimento LGBTQI+ no Brasil e as negociações sobre a visibilidade das homossexualidades na emergência da Aids**. Hist. R., Goiânia, v. 27, n. 3, p. 98–120, set./dez. 2022.

MANCHETE. A misteriosa doença dos homossexuais. Reportagem Time. Edição 1551. 1982. p. 26. Disponível em:

<https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=004120&pasta=ano%20198&pesq=sarcoma&pagfis=206831>. Acesso em: 03 mar. 2023.

MANHÃES, R. A. 2017. **A onda quebrada - evangélicos e conservadorismo.** Cadernos Pagu, (50), e175001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/Cr9ShrVJbCWsDHMrxTDm3wb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2022.

MARQUES, M. C. da C. **Saúde e poder:** a emergência política da Aids/HIV no Brasil. História, Ciências, Saúde Manguinhos, vol. 9 (suplemento): 41-65, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/SJHgNdc3WBMKgNGfjKQvqfM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 mar. 2023.

MATTOS, R. A.; TERTO JR, V.; PARKER, R. **As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil.** RIO DE JANEIRO; ABIA; 2001. p. 32.

MELO, R. M.; COSTA, P. R. S. M. C.; Vasconcelos, M. F. F. GRUPO DIALOGAY DE SERGIPE: DESMUNHECAÇÃO E LUTA CONTRA O HIV/AIDS A DÉCADA DE 1980. In: **QUANDO OUSAMOS EXISTIR – Itinerários fotobiográficos do Movimento LGBTI brasileiro (1978-2018).** Caetano, Marcio; Rodrigues, Alessandro; Nascimento, Cláudio; Goulart, Ellen Treyce [ORGs].

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec-ABRASCO, 2014.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria L. **Estado, classe e movimento social. v.5. (Coleção Biblioteca Básica de Serviço Social).** São Paulo: Cortez Editora, 2013. E-book. p.248. ISBN 9788524921216. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788524921216/>. Acesso em: 23 jul. 2024.

MOTT, L. **Boletim do Grupo Gay da Bahia.** Salvador, Editora GGB/Secretaria Estadual de Justiça e Direitos Humanos, 2011 370 páginas Disponível: <https://cedoc.grupodignidade.org.br/grupo-gay-da-bahia/boletim-do-grupo-gay-da-bahia/>. Acesso em: 18 out. 2024.

MUSEU MEMORIAL DO HOLOCAUSTO DOS ESTADOS UNIDOS. Enciclopédia do Holocausto. **Homens gays sob o regime nazista.** 04 jan. 2024. Disponível em: <https://encyclopedia.ushmm.org/content/pt-br/article/gay-men-under-the-nazi-regime>. Acesso em: 18 out. 2024.

NETTO, José P. **Ditadura e serviço social:** uma análise do serviço social no Brasil pós-64. 17. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2017. E-book. p.27. ISBN 9788524925580. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788524925580/>. Acesso em: 10 out. 2024.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador. EDUFBA. Rio de Janeiro. FIOCRUZ. 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4ndgv>. Acesso em: 12 jan. 2019.

PARKER, R; AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e AIDS.** 2021. 2. ed. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinas de Aids - ABIA. Disponível em: <https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2021/05/livro-digital-final-ESTIGMA-DISCRIMINA%C3%87%C3%83O-E-AIDS-pagina-espelhada-10052020.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2023.

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

PARKER, R.; TERTO JR., V.; RAXACH, J. C. Respostas ao HIV na América Latina. In: **Boletim ABIA**, n. 44. Boletim Especial sobre Violência Estrutural, Desigualdade Social e Vulnerabilidades ao HIV/AIDS. 2000. p. 2-3. Disponível em: <https://abiaids.org.br/boletim-abia-44-janeiro-marco-2000-2/26441>. Acesso em: 26 mar. 2023.

PELÚCIO, L.; MISKOLCI, R. **A prevenção do desvio:** o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana, núm. 1, 2009, pp. 125-157. Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos. Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293322961007>. Acesso em: 28 mar. 2023.

PEREIRA, P. A. P. **Ascensão da nova direita e colapso da soberania política:** transfigurações da política social. São Paulo: Cortez Editora, 2020. Acesso em: 19 nov. 2022.

PERLONGHER, N. Disciplinar os poros e as paixões. Lua Nova. **Revista de cultura e política**, v. 2, n. 3, São Paulo, CEDEC, 1985.

QUINALHA, R. **Movimento LGBTI+:** uma breve história do século XIX aos nossos dias. (Coleção ensaios). São Paulo: Autêntica Editora, 2022. E-book. p. 36. Minha Biblioteca. Acesso em: 16 out. 2024.

RAMOS, S. SEX, DRUGS, AIDS & SARNEY (A pior AIDS do mundo). **Boletim Abia 6**, 1989. Disponível em: <http://hshjovem.abiaids.org.br/wp-content/uploads/2017/10/BOLETIM-ABIA-Nº-6-1989.pdf>. Acesso 27 out. 2023.

REIS; R., VIEIRA; M. F., CHAVES; G. C. Acesso a medicamentos e propriedade intelectual no Brasil: a experiência da sociedade civil. In: **Direitos de propriedade intelectual e acesso aos antirretrovirais:** resistência da sociedade civil no sul global: Brasil, Colômbia, China, Índia, Tailândia. Renata Reis, Veriano Terto Jr. e Maria Cristina Pimenta [ORGs.]. Rio de Janeiro: ABIA, 2011. p. 184. Disponível em:

<https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2015/05/Direitos-Propriedade-Intelectual-GTPI.pdf>. Acesso em: 14 out. 2023.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social** – Métodos e Técnicas, 4. ed. Grupo GEN, 2017. E-book. Minha Biblioteca. Acesso em: 16 jun. 2023.

SEFFNER, F.; PARKER, R. A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à AIDS. 2016. In: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. **Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016.** pp. 24-31. ABIA. Disponível em: <https://abiaids.org.br/entenda-os-desafios-para-o-enfrentamento-da-epidemia-de-hiv-e-aids-no-brasil/29238>. Acesso em: 18 nov. 2022.

SEFFNER, F.; PARKER, R. **Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids.** Interface (Botucatu). 2016; 20(57):293-304. Disponível: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MTZ5T7N97xXVjcGX5qxWsPh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 mar. 2023.

SIMOES - O PROTESTO CONTRA O DELEGADO RICHETTI EM SÃO PAULO Júlio Assis Simões. **Quando ousamos existir:** itinerários fotobiográficos do movimento LGBTI Brasileiro (1978-2018) / Marcio Caetano [et al.] [ORGs]. – 1. ed. – Tubarão: Copiart; Rio Grande, RS: FURG, 2018. p. 192.

SINGER, A. **Raízes sociais e ideológicas do lulismo.** Novos Estudos CEBRAP (85). 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-33002009000300004>. Acesso em: 19 nov. 2023.

SINGER, André. **O lulismo em crise:** um quebra-cabeças do período Dilma (2011-2016). São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

SINGER, André. **Os sentidos do lulismo:** reforma gradual e pacto conservador. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

TEIXEIRA, P. R. Políticas públicas em aids. In: PARKER, R. (Org.). **Políticas, instituições e aids:** enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1997. p. 43-68.

UNAIDS. **Chegando a zero:** estratégia 2011-2015. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/VIH /Aids/SIDA. (UNAIDS/ONUSIDA). 2010. Disponível em: https://unaids-test.unaids.org/sites/default/files/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_pt.pdf. Acesso em: 16 jun. 2022.

UNAIDS. **Ending AIDS:** progress towards the 90-90-90 targets. Disponível em: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/20170720_Global_AIDS_update_2017. Acesso em: 26 mar. 2023.

UNAIDS. **GLOBAL AIDS STRATEGY 2021–2026 END INEQUALITIES.END AIDS.** Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf. Acesso em: 22 jun. 2022.

UNAIDS. **IN DANGER:** UNAIDS Global AIDS Update 2022. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2022a. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/in-danger-global-aids-update>. Acesso em: 28 mar. 2023.

UNAIDS. **On the Fast-Track to end AIDS.** 2016–2021 Strategy. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf. Acesso em: 22 jun. 2022.

UNAIDS. **Prevenção Combinada.** Disponível em: <https://unaids.org.br/prevencao-combinada/>. Acesso em: 22 jun. 2022.

WERNECK VIANNA, M. L. T. O silencioso desmonte da seguridade social no Brasil. In: BRAVO, M.I. S.; PEREIRA, P. A. P. (orgs.) **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Uerj, 2001.

VEJA. **Diretor responsável por campanha 'Sou feliz sendo prostituta' é demitido.** Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2013/06/diretor-responsavel-por-campanha-sou-feliz-sendo-prostituta-e-demitido.html>. Acesso em: 08 jan. 2023.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

APÊNDICE – Trecho do Documentário Viva a Vida: Herbert Daniel, o Amor e a AIDS nos anos 80 - Parte 2 de 3 - TV Manchete, 1990. Transcrição do minuto 10:28 até 14:48.

Mônica Teixeira – Zeca e Márcio viveram juntos por 5 anos. Há 6 meses Márcio morreu de Aids. Eu tenho certeza que o Zeca nunca vai se esquecer do Márcio.

Mônica Teixeira – Zeca cuidou do companheiro dele, o Márcio, até ele morrer há 5 meses. Eu quis saber do Zeca porque que ele fez isso. O Zeca acabou me respondendo que ele cuidou do Márcio, do companheiro, por amor. Eu diria mais, eu acho que o Zeca cuidou do Márcio por amor, mas também por solidariedade.

Mônica Teixeira – Zeca viveu os últimos dias com Márcio nesta casa, em Araruama, no estado do Rio. Márcio ficou de cama quase um ano. E Zeca nunca deixou de estar ao lado do companheiro. Já faz 2 anos que Zeca sabe que também tem o vírus da Aids. Nele a doença não se manifestou até agora.

Zeca Nogueira – Eu cuidei dele por amor e por falta de opção mesmo, né? Porque eu não ia conseguir fazer outra coisa a não ser ficar do lado dele, que era a minha vontade. Sempre minha vontade. Desde que eu conheci ele, a minha vontade era ficar do lado dele.

Mônica Teixeira – Mesmo quando ele estava absolutamente debilitado?

Zeca Nogueira – Mesmo quando ele tava (SIC) absolutamente debilitado. Porque, além deu amá-lo, eu tinha certeza que a recíproca era verdadeira, mesmo. Porque quando ele tava (SIC) agoniado, quando tava (SIC) sentindo dor, ele gemia “ai, Zeca!” Sabe? As vezes... isso passou até ser uma vírgula. Eu queria até que ele tivesse comigo hoje. Mesmo me dando trabalho. Eu fiquei aliviado que ele não estava sofrendo mais. Depois que ele morreu, eu fiquei aliviado por isso, por ele não estar sofrendo, não por eu não ter mais esse trabalho que até tá (SIC) me fazendo muita falta.

Mônica Teixeira – Você sente muita saudade dele?

Zeca Nogueira – Tenho. Porque, engracado, a saudade, eu tenho a impressão que a saudade é como um buraco. Quanto mais você vai tirando, o tempo, vai aumentando. A tendência não é diminuir. Pelo o que eu tô (SIC) sentindo, a tendência é a saudade aumentar. Não é diminuir, não. Quanto mais o tempo passar, mais essa saudade vai ficar maior.