



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER**

SILVIA MAURA DE ALCÂNTARA BANDEIRA

**Atuação dos movimentos sociais na defesa dos direitos e
mobilização dos portadores de HIV/AIDS no Brasil**

Brasília

2015

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER**

SILVIA MAURA DE ALCÂNTARA BANDEIRA

**Atuação dos movimentos sociais na defesa dos direitos e
mobilização dos portadores de HIV/AIDS no Brasil**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade de Brasília como
requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ms. Morena

Marques

**Brasília
Março de 2015**

SILVIA MAURA DE ALCÂNTARA BANDEIRA

Atuação dos movimentos sociais na defesa dos direitos e
mobilização dos portadores de HIV/AIDS no Distrito Federal

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Professora Me. Morena Marques
Orientadora
(Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília)

Professora Dra. Adrianyce Angélica de Souza
Membro Interno
(Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília)

Professor Dra. Sandra Teixeira
Membro Interno
(Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília)

Dedico esta monografia in memoriam: aos
meus pais José Benedito de Alcântara e
Euclezina Teodora de O. Alcântara

“Acredita-se que a AIDS é a doença mais avassaladora da humanidade. Para mim é o preconceito, ele exclui, discrimina e mata, e ninguém está livre dele”. *Afonso Allan*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter guiado os meus passos nesta jornada e por ter permitido a realização do sonho da minha vida o de concluir o ensino superior.

À minha orientadora Prof.^a Morena Marques por acreditar na minha capacidade de concretizar este trabalho.

Às minhas amigas de curso Daniela, Amanda, Thamara, Roberta, Gabrielle, Etiene, e ao amigo Johnatan pela amizade nestes anos convvidos na Universidade.

Aos meus colegas de curso, pelo companheirismo e doação ao longo desses anos de graduação.

Aos professores do Departamento de Serviço Social, pelos quais tenho especial carinho, Maria Lúcia Leal, Adrianyce Sousa, Daniela Sousa, Silvia Yannoulas, Ivanete Boschetti, Priscila Maia, Andréia Oliveira, Karen Santana, Sandra Oliveira, entre vários por terem contribuído com a minha formação profissional e com a construção de um pensamento crítico.

Ao meu esposo Lourisval Alves, e meus filhos Cláudia, Cláudio, Valéria e Vânia, aos meus netos Leticia, Beatriz, Guilherme, Maicon e Lucas, Leandro e Maria Clara, com carinho e ternura. Para Taynane Aparecida, minha neta querida e maior incentivadora e que sempre esteve do meu lado, principalmente nos momentos mais difíceis.

À equipe do Com-Vivência que me acolheu no período de estágio, em especial, a assistente social Solange Steytler que foi minha supervisora de estágio de campo, Eliane Seidl, coordenadora do Com-Vivência e também as assistentes sociais Gabriela Ramos e Hayla.

Aos familiares e amigos que acreditaram e torceram pelo meu sucesso.

LISTA DE SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
AIDS	síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Anti-retroviral
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
COAS	Centro Orientação e Apoio Sorológico
DFS	Departamento Federal de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
GAPA	Grupo de Apoio e Prevenção à Aids
ONG	Organização não governamental
ONUSIDAS	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização nacional de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
CAPITULO I	
TRAJETÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL	12
1.1. A saúde no Brasil de 1930 ao Estado Novo.....	12
2.1.1 Contextos históricos da Ditadura Militar e a saúde no Brasil.....	17
2.1.2 Saúde pós-redemocratização: o Projeto de Reforma Sanitária.....	18
2.1.3 A Contrarreforma do Estado: a privatização do público.....	22
CAPITULO II	
A AIDS NO MUNDO E NO BRASIL	27
2.1. Boletins Epidemiológicos.....	30
2.2. Igualdade de Gênero e AIDS.....	33
2.3. O enfrentamento ao vírus HIV no Brasil.....	37
2.4. Análise contemporânea da situação epidemiológica do HIV/Aids.....	43
CAPITULO III	
OS MOVIMENTOS SOCIAIS NO ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS NO BRASIL	47
3.1 Os primeiros movimentos frente ao HIV/AIDS no Brasil.....	52
3.2 Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA.....	54
3.3 Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS – GAPA.....	55
3.4 O Grupo Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS– Pela Vidda.....	57
3.5 Breves reflexões sobre a organização no combate ao HIV/AIDS.....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

INTRODUÇÃO

Este trabalho de Conclusão de Curso apresenta o debate acerca da atuação dos movimentos sociais na defesa dos direitos e mobilização dos portadores de HIV/AIDS no Brasil, realizando uma interlocução entre as ações do Estado *versus* Movimentos Sociais, para melhor compreender a atuação dos primeiros movimentos sociais no enfrentamento à AIDS no país. Mas, é preciso antes proceder a uma breve síntese à história de organização dos trabalhadores brasileiros dentro do contexto político no Brasil.

Para Faleiros, a política social no Brasil vem pontuando no decorrer do seu histórico um “caráter paternalista, clientelista e autoritarista”, com uma baixa efetividade devido ao seu caráter emergencial, fragmentado e descontínuo de ações; ou seja, o país não apresenta um sistema de proteção social completo de cidadania; as políticas sociais são de aspectos residuais e insuficientes para várias demandas postas pela questão social, em todas as áreas, em especial, na saúde frente às novas formas de adoecimento da população. (FALEIROS, 2000, p.74).

Segundo Netto:

O desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, a questão social e, esta apresenta diferentes estágios e manifestações. Sua existência e manifestações são indissociáveis da dinâmica específica do capital tornado potência social dominante. (NETTO, 2001, p.45).

De acordo com Sader e Paoli (1986), a organização dos primeiros movimentos sociais se deu em 1930, com a chegada da industrialização, crescimento urbano e migração da população rural para área urbana, o Estado passa a condicionar e a interferir na economia e na sociedade com mais vigência, proporcionando mudanças significativas no sistema sociopolítico. Com o desenvolvimento urbano, os aspectos da questão social emergem, mas forte, evidenciado déficit de políticas públicas. Que veio proferir principalmente a partir das décadas de 40 e 50, o desenvolvimento de uma moderna economia urbano-industrial, com a conseqüente concentração espacial dos meios de produção, dos mercados e da força de trabalho.

Diante desse novo cenário, a razão das lutas sociais adquiriram relevos diferenciados. As classes populares renascem com aptidão, novos atores emergem com os setores populares provenientes das áreas rurais, os quais passam a ocupar as áreas periféricas das cidades. (GOHN, 1995, p.80)

Observa-se que ao longo do tempo o quadro brasileiro da HIV/ AIDS passou por modificações e transformações, tanto no perfil da epidemia e da infecção pelo

HIV, quanto no cenário político-econômico, tendo como destaque a redefinição e a atuação das organizações da sociedade civil de modo geral e das dedicadas particularmente ao HIV/Aids. Segundo Costa (2003), uma das transformações que mais chamou a atenção neste período foi o grau de visibilidade e organização social e política dos sujeitos, que vivem com HIV/Aids conseguiram conquistar, através de importante participação nas lutas coletivas por seus direitos.

Desta forma, este trabalho tem como objetivo analisar a organização e intervenção dos principais movimentos/ grupos que atuam enfrentamento à epidemia de HIV/Aids no Brasil. Parte-se da hipótese que vive-se na atualidade uma forte institucionalização dos chamados “novos” movimentos sociais, o que impacta diretamente na hierarquização e institucionalização do movimento existente em torno da pauta HIV/Aids. Para realizar este trabalho, procedemos uma pesquisa bibliográfica, utilizando-se dos principais autores acerca do tema, como também relatórios e boletins produzidos pelo governo federal nas três últimas décadas.

Neste sentido, este trabalho está dividido em três capítulos a dizer: no primeiro capítulo é realizada uma síntese histórica da saúde no Brasil. Em anos anteriores à década de 1930 não existiam políticas públicas sistemáticas e estruturadas, voltadas para atenção permanente à saúde. A saúde pública no início do século XX possuía um caráter limitado, vinculado ao projeto higienista de urbanização das grandes metrópoles, através do chamado *sanitarismo campanhista*. Trata-se também neste capítulo sobre a saúde no pós-golpe de 1964, bem como, das mudanças vividas nesta política a partir da redemocratização, com destaque à 8ª Conferência que publicizou o Projeto de Reforma Sanitária, que levou a construção do SUS. Por fim, o capítulo termina na análise acerca da Contrarreforma do Estado: a privatização do público.

O segundo capítulo trata da origem do HIV/ AIDS. Esta não é bem definida, surgindo de sua emergência várias hipóteses. Os primeiros casos de HIV/AIDS no Brasil colocaram os homossexuais do sexo masculino como vítimas cruciais da sociedade, A forma como a notícia de disseminação do HIV/AIDS chegou para a sociedade brasileira, reforçou a percepção preconceituosa contra os infectados pela doença e passou a associar o HIV/AIDS com a morte da pessoa que contraísse a doença.

No terceiro capítulo realizo uma síntese da atuação dos primeiros movimentos sociais no enfrentamento a AIDS no Brasil. Entre os anos de 1985 a 1989 diversos setores da sociedade civil voltaram a sua atenção a epidemia de HIV/AIDS, num período de ampla expansão das ONGs. Dentre as várias organizações, destacamos quatro para

análise deste capítulo. O critério de escolha deu-se por aqueles primeiros movimentos a se articularem, com foco exclusivo no HIV/AIDS. Ao longo dessa jornada manifestaram importante inserção política na luta nacional contra a Aids: o Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA); a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) e o Grupo Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids (Pela Vidda).

CAPITULO I

TRAJETÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL

1.1 A saúde no Brasil de 1930 ao Estado Novo

O Sistema de Saúde no Brasil ao longo dos anos passou por diversas transformações. Em anos anteriores à década de 1930 não existiam políticas públicas sistemáticas e estruturadas, voltadas para atenção permanente à saúde.

A saúde pública no início do século XX possuía um caráter limitado, vinculado ao projeto higienista de urbanização das grandes metrópoles, através do chamado *sanitarismo campanhista*. Tratava-se de uma política de “saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e de erradicação ou controle de doenças que prejudicassem o modelo econômico agro-exportador” (MERHY,1997; MENDES, 1993 apud CARVALHO, 2002).

Esse projeto de saúde, voltado exclusivamente à políticas de prevenção necessárias ao modelo econômico, é exemplificado por CARVALHO (2002, p 1)

[...] neste período as ações de saúde pública compreendiam basicamente as campanhas de vacinação em massa, intervenções de saneamento ambiental, controle do quadro sanitário em navios, portos e ferrovias... a escolha das doenças a serem prioritariamente atacadas não obedecia, necessariamente, aos padrões de morbidade da população, mas a critérios de ordem econômica, condicionados pela necessidade de controlar o quadro sanitário.

O autor ainda destaca que a assistência médica individual destinava-se aos profissionais liberais, ou seja, aqueles que tinham como pagar pelo serviço. Assim, restavam aos pobres “poucas alternativas: a medicina popular (leigos, curandeiros, benzedeiros, etc.) ou as Santas Casas de Misericórdias”.¹ (CAMPOS, 1991, p. 1)

Vale ressaltar ainda, que a política *sanitarista campanhista* era centralizada ao eixo geográfico das maiores modificações urbano no território nacional, com destaque para as cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. Oswaldo Cruz era parte importante das bases científicas dessa política. Ele foi nomeado como diretor do Departamento Federal

¹ Santas Casas de Misericórdias – instituições hospitalar que tinha a missão de acolher e tratar pacientes destituídos de recursos ou seja, eram entidades filantrópicas restritas a lógica católica e voltada à medicina curativa

de Saúde (DFS), com o propósito de radicalizar a epidemia de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro, epidemia de, contribuindo para consolidar as bases científica desta política sanitária. Dentre os ideais de Oswaldo Cruz e seus colaboradores científicos ressaltamos:

[...] eles apontaram uma perspectiva tecnológica que via a saúde e a doença como um processo coletivo, resultado da agressão externa que o corpo biológico (fisiologicamente harmônico) sofria de um meio social/natural insalubre. Seus objetivos eram a descoberta e isolamento dos indivíduos (doentes) contaminantes, o saneamento do meio e a destruição dos vetores biológicos e a proteção dos sadios, possíveis de serem atingidos por tecnologias que fossem efetivas no controle dos ‘fatores/riscos’ a que as pessoas estivessem sujeitas ou no aumento das resistências destas a exposição. (MERHY, 1997, p. 202-203 apud Carvalho, 2002, p. 2).

Com a finalidade de atender a esses ideais, foi estabelecida uma série de atividades de desinfecção nos espaços urbanos insalubres. Assim, segundo Carvalho (2002) foi criado um exército de 1.500 pessoas denominadas de “guarda-sanitária” para esta atividade.

As ações higienistas estavam embasadas em um “forte tom conservador e de criminalização da pobreza” (BRAVO, 1991). A falta de esclarecimento da população quanto ao significado de uma política preventiva de saúde, somada à arbitrariedade da guarda resultou na revolta da população. Segundo Carvalho (2002), a partir de 1923, o país “passou por grande turbulência nas relações de poder político e a aceleração do processo de industrialização nos espaços urbanos”. Nesse novo contexto, acirravam-se as críticas ao modelo sanitário vigente no Brasil em detrimento às novas propostas de saúde no cenário Norte Americano.

Esse novo modelo emergente, denominado movimento *médico-sanitário*, defendia a “noção de que o processo saúde-doença era um fenômeno coletivo de saúde, portanto, uma questão de saúde pública, mas determinado, em última análise, pelas questões próprias das pessoas, do indivíduo” (MERHY, 1997, p. 206 apud CARVALHO, 2002, p. 2). Para Carvalho (2002), a lógica desse modelo entendia a Medicina e a saúde pública como campos distintos. A primeira como instrumento de cura (ligado à patologia e a terapêutica) e a segunda como espaço de educação sanitária e organização administrativa dos serviços voltados à prevenção e a promoção da saúde. Sobre a questão o autor cita:

A partir da dicotomia entre medicina e saúde pública surgiram vários Centros de Saúde e Postos Sanitários Rurais, comandados por sanitaristas e verticalmente organizados dentro da perspectiva médico-sanitarista, [...] se reduziam ações voltadas

ao combate a grupos específicos de problemas (malária, febre amarela, desnutrição, etc.) (MERHY, 1997).

Em 1942, foi realizado um convênio entre Brasil e Estados Unidos, com o objetivo de realizar extração de minério e borracha, executado pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP):

A criação do SESP baseou-se na criação de um posto permanente- centros de saúde e postos rurais – em várias regiões de Minas, Amazonas e Espírito Santo, contratação de sanitaria por tempo integral (...). Tinham em vista uma organização [...] que formasse uma rede básica de serviços de saúde pública. As atuações davam-se a partir de atividades programadas que associavam controle de doenças contagiosas, diagnóstico precoce e tratamento. (MERHY, 1997, p.208-209 apud CARVALHO, 2002, p.3)

Este processo foi acompanhado de uma redução progressiva de investimento em saúde pública. Campos (1991, p. 42) explica essa redução a partir de duas particularidades do processo de acumulação de capital. A primeira particularidade foi o controle social sobre a força de trabalho que deixou de ser realizado via ações coletivas e passou a ser desempenhado pela assistência médica individual. A segunda se refere à limitação das atividades sanitárias, voltadas ao controle ambiental, as quais passaram a ser vistas como obstáculo ao pleno desenvolvimento econômico.

Desse modo, em 1923, o país passou a adotar um modelo assistencial-privatista. Esse modelo tinha suas raízes no sistema de Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) dos trabalhadores. Sobre a questão, diz BRAVO et al., 2006, p.90

As Caps eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente da mesma era nomeado pelo presidente da República e os demais participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais as contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral.

Pela primeira vez o Estado interfere na criação de um mecanismo que veio a proporcionar benefícios aos trabalhadores do setor privado. Em 24 de Janeiro de 1923 foi publicada a lei Elói Chaves, o embrião da base do sistema previdenciário através da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os trabalhadores da empresa ferroviária.

Bravo et al. (2006) afirma ainda que, a partir de 1930 até o início da Ditadura (1964), a intervenção do Estado na saúde tem como indicador mais visível o processo de industrialização. Nesse período, o governo populista de Getúlio Vargas buscou atender

às reivindicações e pressões dos trabalhadores formalmente empregados e cujo maior poder de pressão encontrava-se entre as categorias industriais e portuárias, denominadas como sujeitos sociais importantes do cenário político nacional.

Sendo assim, é possível notar que as reivindicações e pressões dos trabalhadores tem origem na consciência de classe em si, proporcionada pela construção e vitalidade dos primeiros instrumentos organizativos dos trabalhadores. Pode-se dizer também, que essa consciência é parte da repercussão do contexto político-econômico vivido no exterior que influenciou a classe trabalhadora brasileira: a Revolução Russa,² a Crise da Bolsa de Nova York em 1929³ e outros fatos históricos que marcaram o processo político-econômico nos países pioneiros da Industrialização:

A economia e a política brasileira foram fortemente abaladas pelos acontecimentos mundiais das três primeiras décadas do século XX, e mais ainda depois da crise de 1929-1932, quando se abre uma época da expansão acelerada das relações capitalistas entre nós, com intensas repercussões para as classes sociais, o Estado e as respostas à questão social. [...] Desde a primeira década do século, houve expressões de organização sindical no país, com as primeiras greves. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.103-104).

Segundo Behring e Boschett (2011), no Brasil, uma série de acontecimentos caracterizam a atmosfera política da época: em 1907 foi reconhecido o “direito de livre organização sindical com total autonomia em relação ao Estado”; em 1922, fundou-se o Partido comunista no Brasil e, no mesmo ano, realizou-se a semana de Arte Moderna (promovida por Vanguarda artística e cultural em parte preocupada com o projeto de nação). Em sequência, também, destacam-se os seguintes acontecimentos:

Em 1930, foi criado o Ministério do Trabalho e em seguida a Carteira de Trabalho a qual passa a ser o documento da cidadania no Brasil: eram portadores de alguns direitos aqueles que dispunham de emprego registrado em carteira [...]. Em 1930, foi criado também o Ministério da Educação e Saúde Pública, bem como o Conselho Nacional de Educação e o Conselho Consultivo do Ensino Comercial. [...] a saúde pública e a medicina previdenciária, ligada aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), para a categoria que tinha acesso a eles. [...] Em relação à assistência social, DRAIBE e AURELIANO (1989) consideram que é difícil estabelecer com precisão o âmbito específico dessa política no Brasil devido o caráter fragmentado, diversificado, desorganizado, indefinido e instável das suas configurações. Contudo, certa centralização se inicia, em âmbito federal, com a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), em 1942. Essa instituição foi criada para atender às famílias dos pracinhas envolvidas na Segunda Guerra (DRAIBE, 1990 apud BEHRING e BOSCHETT, 2011, p.106-107).

² Revolução Russa – iniciada em 1917 se caracteriza pela derrubada da autocracia russa e levou ao poder o Partido Bolchevique, Vladimir Lênin. Recém-industrializada e sofrendo com a Primeira Guerra Mundial, a Rússia tinha grande massa operária e camponeses trabalhando muito e ganhando pouco.

³ Crise de 29 – longo período de recessão econômica, queda da bolsa de Nova York que repercutiu mundialmente abalou fortemente agroindústria exportadora no Brasil.

Diante deste contexto, entende-se que a política de saúde foi organizada com caráter corporativo e fragmentada, distante da perspectiva de universalização, ou seja, direito a saúde para toda população. Deste modo, a saúde era restrita a uma pequena parcela da sociedade trabalhadora, alguns operários estratégicos e militares.

Quanto aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) - cujo objetivo era aumentar a categoria de trabalhadores urbanos beneficiados - estes não cobriam a massa trabalhadora em sua totalidade. A diferença em relação às CAPs estava na configuração dos IAPs, centralizados a nível nacional pelo Estado e cuja filiação não se dava mais por empresas, mas por categorias profissionais, além da ampliação do acesso, estendendo os benefícios à população rural. Esse Instituto cobria “riscos ligados às capacidades laborativas (velhice, morte, invalidez, doença) na categoria de trabalhadores estratégica seguindo a lógica contributiva” (Behring e Boschett, 2011, p.106).

No período que abrange o regime político autoritário do Estado Novo entre 1937-1945 foram realizadas reformas administrativas importantes no que diz respeito à centralização e a verticalização das ações de saúde pública. A partir da criação dos Serviços Nacionais de Saúde vinculados ao Ministério da Educação e Saúde voltadas para patologias específicas, como malária, hanseníase, tuberculose, febre amarela, dentre outras doenças endêmicas e epidêmicas e da criação em 1942 do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) (GIOVANELLA et al, 2008, p.595)

O modelo Sesp das décadas de 1940 e 1950 para unidades primárias de saúde adotou caráter mais abrangente, articulando ações coletivas e preventivas à assistência médica curativa, respaldadas em desenvolvimento científico e tecnológico limitado (...). Caracterizou-se pela centralização normativa e ressaltou a articulação entre diferentes níveis de intervenção em favor da saúde como elemento estrutural ao desenvolvimento regional.

No ano em que foi criado o Ministério da Saúde, em 1953, apesar da melhoria das condições sanitárias à população, se comparado ao período anterior, permaneceram, ainda, elevadas as taxas de mortalidade em âmbito geral. Montou-se, também, uma estrutura que dava início ao atendimento hospitalar privado, subsidiado pelo governo federal, constituindo um complexo de empresas médicas com fins lucrativos, trazendo prejuízo à saúde pública (BRAVO, 2000). O assunto é perfeitamente observado por Campos apud Carvalho (2002) quando diz que houve uma maior “concentração dos gastos públicos em assistência médica em detrimento das ações de saúde pública”. Assim esse perfil limitado de atuação da saúde pública correspondia à ideologia

desenvolvimentista da política do período condicionando a, saúde da população ao grau de desenvolvimento econômico. (Teixeira Fleury, 1988).

A política de saúde seguiu a lógica do privilegiamento de interesses econômicos, corporativos do empresariado privado que atua nessa área, da modernização capitalista, a prática médica é orientada em termos da lucratividade, estrategicamente vista como uma forma de acumulação de capital.

1.1 Contextos históricos da Ditadura Militar e a saúde no Brasil

Segundo Bravo (2010, p.41), no contexto da ditadura militar, no período entre 1964-1974, o Estado no trato à classe trabalhadora passou a intervir de maneira repressiva e, ao mesmo tempo, expandiu suas ações burocratizando a política de assistência, modernizando a política econômica, amenizando os conflitos sociais. Tudo isso com a finalidade de ter maior controle sobre a sociedade e efetivando-se, de fato, a violência do regime.

Porém, no período Pós-1964, a sociedade brasileira passava pelo processo de crescimento do “fordismo à brasileira”, através do chamado Milagre Brasileiro⁴, onde o mecanismo era introduzir a produção em massa, para o consumo da massa restrita. (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 13).

Contudo, há de se reconhecer que o salto da economia, no contexto da ditadura militar brasileira, foi significativo. Entretanto, a redistribuição do acúmulo do capital foi injusta, o “bolo cresceu”, mas, não teve divisão igual, ricos ficaram mais ricos e os pobres mais pobres. Por sua vez, a política de saúde se desenvolveu dentro de um largo projeto de privatização de capital no âmbito da saúde pública, permeando sua gestão e execução.

A partir de meados dos anos 1970 o país foi afetado pela crise internacional do capital, fato que causou uma grande depressão econômica, aumento da inflação, do desemprego e do custo de vida com diminuição salarial, além de aumento da corrupção. A política de saúde por sua vez sofreu uma grande crise dado o predomínio de sua mercantilização, aumento do investimento em hospitais e clínicas privadas, desenvolvimento tecnológico dos aparelhos dos hospitais e produtos farmacêuticos (BRAVO, 2010; AGUIAR, 2011).

⁴ Mecanismo de produção em massa de bens duráveis pelo fordismo no Brasil.

Na perspectiva da elite dirigente tecnoburocrata, as deficiências na saúde pública se caracterizavam pela ausência de planificação, falta de capacidade gerencial e pouca participação da iniciativa privada; os problemas de saúde deveriam ser resolvidos pela tecnocracia, através da privatização dos serviços. As doenças que afetavam os grandes segmentos da população brasileira eram de responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto o atendimento médico individual ficou sob responsabilidade do setor previdenciário. A medicalização da vida social foi imposta, tanto na saúde pública quanto na previdência social (BRAVO, 2010, p.42).

Como citado acima é possível perceber que o sistema de saúde no período da ditadura estava pautado na defesa da acumulação do capital no intuito da lucratividade por meio da criação de empresas médicas e desenvolvimento da indústria farmacêutica e dos aparelhos hospitalares, onde se tinha uma intervenção médica curativa focada na doença, não reconhecendo o indivíduo na sua totalidade.

1.2 Saúde pós-redemocratização: o Projeto de Reforma Sanitária

A partir de 1980, após duas décadas de ditadura, a sociedade brasileira entra num processo de democratização política. Nesse cenário, o Projeto de Reforma Sanitária⁵ assume o quadro político, protagonizado por intelectuais na área da saúde pública e contando com a participação de novos sujeitos sociais, principalmente a participação de setores organizados da sociedade civil. Isso trouxe um novo debate de saúde que avançou na elaboração de propostas e fortalecimento do setor público em oposição ao setor de saúde privado (BRAVO, 2000 e CORREIA, 2006). Para compreender o papel desses novos setores da sociedade no contexto da saúde, faz-se necessário reportar à década de 70.

No Brasil, as classes trabalhadoras vinculadas ao movimento popular e sindical, sob a vanguarda dos metalúrgicos do ABC paulista⁶ mobilizaram-se em prol de pautas políticas fundamentais, a exemplo do arrocho salarial, direito de greve e redemocratização. Toda ação refletia uma consciência do direito da coletividade foi o período marcado por greves, protestos contra a inflação. Já ao fim da década de setenta e início dos anos 1980, as lutas dos trabalhadores se intensificaram. Lutavam também pela liberdade e autonomia sindical, pelo movimento das diretas já, contra o desemprego e pela saúde pública. Tudo isso contribuiu para a crise da legitimidade da ditadura militar

⁵ O Movimento sanitário consiste na organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública, que colocaram em debate a relação da prática em saúde com a estrutura de classes da sociedade.

⁶ Abreviatura do nome das cidades operárias paulistas: Santo André, São Bernardo e São Caetano.

e início da redemocratização política do país. Assim, em 1985, a história política do Brasil registra o fim do período dos militares no poder.

Em 1986 acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde, este foi um evento que contou com cerca de quatro mil e quinhentos participantes, dentre os quais mil delegados. Isso representou um marco na construção de um amplo debate que transformou o Sistema de Saúde, pois trouxe propostas inovadoras que objetivavam mudar a perspectiva do direito à saúde, dando ênfase aos eixos “saúde como direito de cidadania”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”. O relatório desse evento foi editado como recomendação e serviu de alicerce para negociação entre os que defendiam a Reforma Sanitária na reformulação da Constituição Federal de 1988. (BRAVO, 1996).

De acordo com autora citada acima, pode-se sinalizar que a época, a área da saúde era caracterizada pela disputa de dois projetos políticos: o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista, o primeiro projeto sugere a interação da democracia representativa, democracia direta entregando para o Estado democrático de direito, responsabilidade e dever de arquitetar respostas para as expressões das questões sociais, já o segundo projeto restringe os direitos sociais e políticos trazendo a percepção de desresponsabilidade do Estado.

Dentre as propostas da VIII Conferência, destaca-se a construção da saúde como direito do cidadão e dever do Estado. A transformação fundamental aqui se coloca na mudança da concepção de saúde, compreendida como:

[...] resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (VIII Conferência Nacional de Saúde, Anais, 1987, p.382).

É importante ressaltar que as propostas discutidas na VIII Conferência começaram a ser construídas desde os anos de 1975 através do movimento de reforma sanitária. Os debates saíram dos fóruns específicos e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população tais como: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento e outros sujeitos. Desse modo, a questão da Saúde ultrapassou a análise setorial e passou então a referir-se a sociedade como um todo. Assim, surge a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS). Bravo (2000) pontua as principais questões discutidas para ampliação do direito a saúde

[...] a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através de estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão (p.96).

As mudanças do arcabouço e das práticas institucionais viabilizaram algumas medidas que representam uma verdadeira revolução na política de saúde. O SUS incorpora princípios como universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social. Dessa forma, entende-se que com o SUS o acesso aos serviços de saúde deixou de ser privilégio do segurado, pois passou a ser estendido a todo cidadão brasileiro, independente da condição de contribuinte da Previdência Social. Enfim, O SUS representou o fim da “dicotomia histórica entre medicina e saúde pública” (CARVALHO, 2002, p.5). A saúde foi regulada no capítulo da Constituição da República de 1988 com a promulgação das leis 8.142 e 8.080

A primeira resgatou a proposta de regulamentação da participação social e a transferência intergovernamental de recursos financeiros na saúde. A segunda – também chamada de Lei Orgânica da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo foram criadas as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas dos Municípios, incorporando os princípios da Constituição Federal e trazendo os municípios um novo papel frente ao Sistema Único de Saúde (CARVALHO, 2002, p.6).

Sobre o mesmo assunto, acrescenta:

A implementação do SUS tem início na década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990, complementada pela lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990). Posteriormente foram reformulados os papéis dos entes governamentais na prestação de serviços e na gestão do sistema de saúde. Adotaram-se novos critérios de transferência de recursos financeiros destinados à saúde, criaram-se e ampliaram-se as instâncias colegiadas de negociação, integração e decisão envolvendo a participação dos gestores, prestadores, profissionais de saúde e usuários.

(BRASIL, 2006, p.5).

O SUS tem como objetivos definidos no artigo 5º da lei 8.080/ 1990 identificar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; dar assistência à população baseando-se no modelo da proteção e promoção da saúde a partir de ações integradas; controlar e fiscalizar serviços, produtos e substâncias relacionados à saúde, além de subsidiar incentivos científico e tecnológicos, dentre outros. Quanto aos princípios a lei do SUS define em seu artigo 7º:

1- *Universalidade* de acesso em todos os níveis de assistência, ou seja, que todos têm o mesmo direito de obter as ações de que necessitar, independentemente de contribuição ou condição financeira;

- 2- *Integralidade* de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- 3- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- 4- *Igualdade* da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- 5- *Direito à informação*, às pessoas assistidas, sobre sua saúde, além de divulgação da informação em relação ao potencial dos serviços e sua utilização pelos usuários;
- 6- *Participação* da comunidade e controle social;
- 7- *Descentralização* político administrativa com regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- 8- *Integração* em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- 9- *Conjuração dos recursos financeiros*, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- 10- *Capacidade de resolução* dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- 11- *Organização* dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990).

A partir disso, é possível notar que estas conquistas, só foram possíveis através da atuação política da classe trabalhadora, não conformada com a situação em que se encontrava em meados da década de 1970, com o fim do crescimento econômico, e o abalo deixado pelas crises contínuas que geraram a depressão no sistema capitalista. Esse processo fez com que renascessem os movimentos populares, mostrando que a sociedade em si queria mudanças no país, e que somente com a consciência da coletividade lograria mudanças. Tais movimentos expressavam características de uma postura de emancipação Popular, o que culminou com a promulgação da constituição de 1988 e a reformulação da política de saúde.

O controle social como direito conquistado pela constituição de 1988, pretendeu ampliar a democracia representativa, somada à democracia participativa. Na década 1990, houve a implementação dos referidos mecanismos através da criação dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde. Porém, essa implementação ocorre em um contexto adverso dos anos anteriores, pois, tratava-se da consolidação de um cenário neoliberal de regressão dos direitos sociais, globalização e mundialização do capital.

Nesse contexto, destacam-se as estratégias neoliberais de redução dos investimentos públicos no campo social, na qual os ajustes econômicos e reformas institucionais postos aos Estados nacionais têm privilegiado, entre outras medidas: o processo de privatização, as pressões do empresariado, a burocracia estatal para a

supressão de direitos sociais e trabalhistas e a naturalização da superexploração do trabalho.

A autora acima citada trata-se de recursos que tem limites nesta democracia. Sendo assim, podemos relatar a apropriação privada do público; mas, também reorientar mecanismo pré-determinados, no orçamento da União para atender necessidades reais da população, o que representa um grande avanço na sociedade brasileira, através da observação e a participação da sociedade na definição da alocação dos recursos com destinos às políticas públicas.

A década de oitenta, trouxe o marco da transição democrática, recém-saída de um longo período autoritário e repressivo, onde muitas lideranças políticas foram perseguidas, exiladas e mortas durante esses anos de ditadura militar, por mobilizações que expressavam à revolta e a indignação da sociedade, que buscavam por melhores condições de vida em aspectos diversos através de movimentos sociais, de profissionais de diferentes áreas, a sociedade civil se reorganizou obtendo um fortalecimento, o objetivo da sociedade em si era o mesmo reivindicar por liberdade, igualdade e justiça social. Em meio às paralisações e manifestações por mudanças o projeto da reforma sanitária foi sendo construído (GALVÃO, 2000, p.38).

Segundo Galvão (2000) foi nos meados de 1980, junto com a mudança na saúde por meio da Reforma Sanitária, que chega ao Brasil a epidemia da AIDS, com crescente número de casos de contaminação pelo Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV), motivo para assustar a população mundialmente.

1.3 Saúde e Contrarreforma do Estado: a privatização do público

Contrarreforma do Estado a partir do Plano Diretor de Bresser Pereira e a participação do terceiro setor na prestação de serviços. Segundo Behring (2003), a década dos 1990 representou para o Brasil uma terceira fase de modernização conservadora, na qual houve relevantes mudanças no âmbito econômico sob o comando estatal. Ressalta que as medidas de ajuste econômico da referida década, assim como as transformações estruturais ocorridas em 1930 e em 1960, são definidas como modernização conservadora por terem sido implantadas pelo o Estado, sem passar por um estudo de transformação em nível societário e econômico, portanto, significaram medidas de ajustamento do país à nova ordem foi realizada de cima para baixo.

Ainda de acordo com a autora, este processo pode ser bem nomeado pelo o termo contrarreforma, visto que adequação brasileira ao cenário capitalista globalizado

ocorreu na contra mão das tendências reformistas já conhecidas. As mudanças propostas pela candidatura do governo Fernando Henrique (FHC), desenhada por Bresser Pereira e outros representantes da direita brasileira, possuidores de uma corrente ideológica liberal sustentava em defesa de um Estado voltado aos interesses individuais e menos sociais.

O formulador do Plano Diretor da Reforma do Estado, Bresser Pereira, defendia que a reforma do Estado era uma tarefa política a ser cumprida na década dos anos 1990, e que tal reforma tomasse a direção da retomada do mercado como principal agente de articulação e integração dos direitos civis e sociais. Com isso, então a reconstrução do Estado, implementada pelo o bloco de FHC aconteceria mediante “reformas” orientadas para o mercado, posicionando o Estado e todas as decisões políticas dependente das flutuações do mercado e dos ciclos econômicos.

Contudo as políticas sociais, por exemplo, são deslocadas da responsabilidade estatal para ser assumidas pelas organizações não governamentais e filantrópicas, ficando a mercê da vontade privada.

Ainda de acordo com Behring (2003), a noção do Plano de reforma do Estado foi alvo de um debate pouco crítico pela comunidade intelectual representante da sociedade brasileira nos espaço público. Tal plano foi polarizado para a população como um projeto de reconstrução do país sob novas bases de eficiência, produtivas e controle de resultados tanto no que se referem à administração pública como também em relação à condução das políticas públicas, justificava-se pela crença de que havia uma crise do Estado, devido sua excessiva regulação e intervenção na economia e em outras áreas tidas como não-exclusivas do Estado, o que resultava na ineficiência estatal em lidar com a crise econômica e conseqüentemente ,promover dignidade e o bem estar para população como um todo.

Em legitimação do tal projeto, o discurso estatal procurava desvalorizar o aparato público e estatal, atribuindo o caráter de morosidade ineficiência e desperdício, criando uma “subjetividade antipública.” Ainda de acordo com a autora, o processo da “reforma”, ou seja, as políticas efetivadas revelavam ampla discrepância em relação ao discurso propagado, o qual servia de como estratégia ideológica de mistificação das ações e da realidade. (BEHRING, 2003, p. 200).

Nesse sentido a contrarreforma trás evidencias, que os elementos principais foram sem duvida, o processo de privatização do patrimônio público brasileiro o qual se destacou nesse projeto na conjuntura política do país. Com argumentação focada na redução da dívida interna e redução geral da infração para os consumidores; aumento na

agilidade qualidade dos serviços básicos, bem como nos lucros das empresas; dentre outros, o governo FHC, passou para a sociedade em si a ideologia que a garantia do desenvolvimento do país estava nas mãos da iniciativa privada e do capital estrangeiro.

O processo de privatização e internacionalização do patrimônio público era afirmado e justificado pela grande mídia capitalista, que defendia ser uma necessidade incondicional de inserção da economia nacional no mercado global competitivo, e pela possibilidade de novos investimentos na base produtiva do país, que permitiria retomada dos recursos para a área social. Mas contrapondo a estas expectativas há estudos sobre o assunto que percebe que, ao abrir mão de parte considerável do seu poder de regulação, o Estado perdeu força para lidar com as crises e os choques econômicos externos; apesar de todo discurso governamental a venda das estatais, não serviu para amenizar significativamente a dívida externa, e nem trouxe eficiência aos serviços públicos brasileiros, muito menos contribuiu para o aumento dos recursos para área social. (BEHRING, 2003, p. 2006)

O Plano Diretor abrange três aspectos da reforma: ajuste fiscal que devolve ao Estado a capacidade de definir e implementar políticas públicas; programa de privatização que transfere para o setor privada as atividades que podem ser controlados pelo mercado. Outro grande aspecto da “reforma” do Estado foi de tornar público o processo que constituiu, na criação das agências executivas e das organizações sociais⁷, bem como a regulamentação do terceiro setor para a execução das políticas públicas.

Segundo Behring (2003), diante da fragilidade institucional do Estado, aumentava a concentração econômica e o poder de determinado seguimentos representados “pela elite política e os grandes empresários associados ao capital externo,” Contribuindo assim para a ampliação da desigualdade social do país.

Pontua-se que, com o Plano de Reforma do Estado as políticas sociais tiveram uma separação entre formulação e execução das políticas, de modo que as ações que exigissem mais aplicações o Estado as formularia, a partir da sua capacidade técnica, e as agências autônomas as implementariam. E essa política macroeconômica ocasionou uma forte tendência de negação de compromisso em relação as política social, acompanhada pela desconsideração do padrão constitucional de seguridade social.

⁷ “são organizações sem fins lucrativos, contratadas pelo governo para exercer o atendimento de serviços públicos, por isso também se diz que são parcerias público-privadas. Elas foram instituídas por lei durante o governo Fernando Henrique Cardoso no processo de reformas administrativas”. <http://jornalggn.com.br/comment.Acessado> em 25 de Março de 2015.

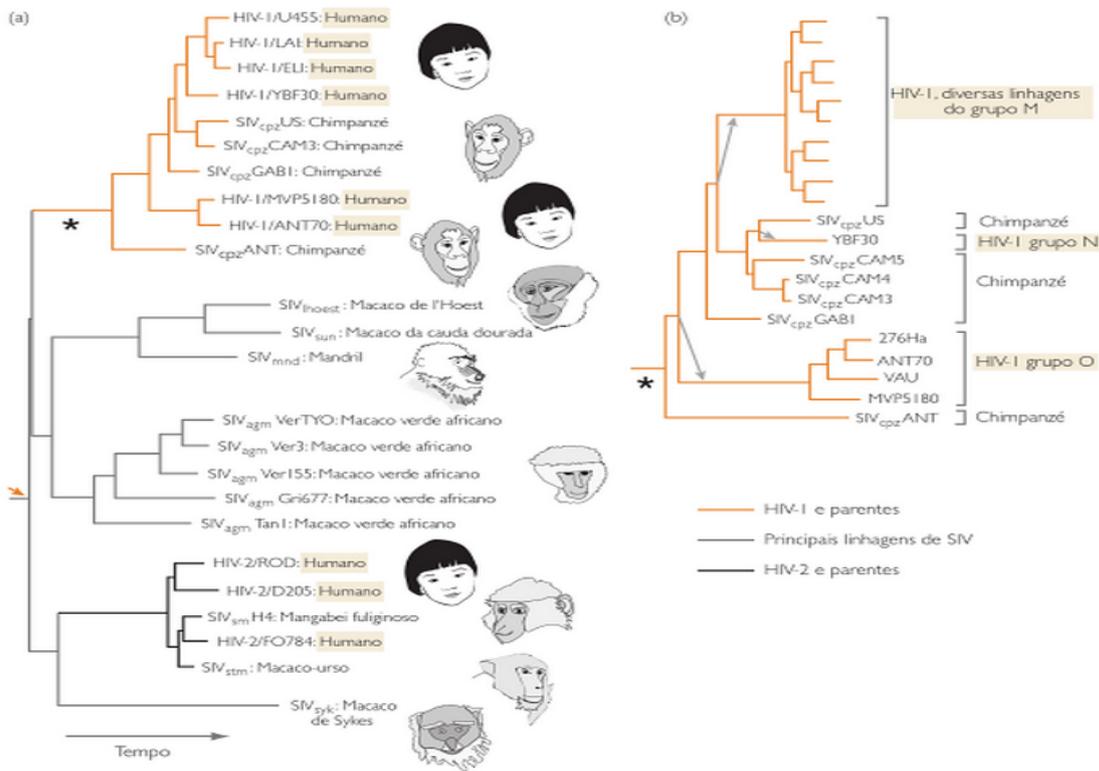
Cabendo salientar que as políticas de saúde, previdência e assistência social – englobadas no conceito de seguridade social da Constituição brasileira de 1988- passam a ser administrada por novos princípios e diretrizes, associando, ao mesmo tempo, universalidade e seletividade, gratuidade e contributiva.

A saúde orienta-se por princípios como universalidade, gratuidade, redistributividade e descentralização, deslocando parte dos seus serviços para o setor privado. A política de assistência social rege-se pelos preceitos da seletividade, gratuidade, redistributividade, centralização na gestão de certos benefícios, mas repassa as responsabilidades para os organismos do Terceiro Setor, gerando uma compreensão de solidariedade, caridade e comunidade solidária, voltando a ter o caráter assistencialista da LBA (Legião Brasileira da Assistência) do Governo Vargas da década de 40. A previdência, por sua vez, continua a ser assegurada mediante contribuição direta de trabalhadores e empregadores. (MARTINS, apud, SALVADOR, 2010: 159)

CAPITULO II

A AIDS NO MUNDO E NO BRASIL

A origem do HIV/ AIDS não é bem definida, surgindo de sua emergência várias hipóteses. Dentre as hipóteses mais aceitas no meio científico destacam-se duas: a de que a doença surgiu de uma determinada população restrita de origem desconhecida; ou que é originária dos macacos verdes africanos. A partir desta segunda perspectiva, demonstra-se que os dados sobre sua filogenia à diversificação da sequência no decorrer da sua história, essa ramificação divergente transmitida ao longo dos anos evidencia habilidade de mutação, como podemos ver na figura abaixo:



Fonte: Scott Freeman & Jon C. Herron, 4ª Edição, p.26, 2009.

A hipótese de outra espécie hospedeira do vírus ser a provável responsável pela infecção nos seres humanos torna-se mais convincente a partir de estudos feitos em macacos africanos. O HIV-1 e HIV-2 são os vírus causadores da AIDS e apresentam extrema semelhança com o vírus chamado Vírus de Imunodeficiência em Símios (SIV) encontrado originariamente nos primatas africanos que, de acordo com estudos feitos a partir dos mesmos, apresentam um vasto tempo que carregam essa doença.

Aproximadamente vinte espécies de primatas são portadores dos SIVs distintos e infectam naturalmente diferentes primatas africanos. Assim, acredita-se que esses primatas africanos sejam os responsáveis pela infecção de outras espécies de macacos e a humana em seus ambientes naturais via cruzamento interespecífico ou transmissão zoonótica dos SIVs (HAHN et al, 2000; BAILES et al.,2003; GAO et al, 1999).

O Retrovírus refere-se a uma família de vírus chamada *Retroviridae*, da subfamília *lentiviridae*, que possui apenas um segmento de RNA em seu código genético, utilizando RNA para produzir DNA e então reproduzir-se dentro da célula infectada, sendo extremamente perigoso e letal. Ele ataca o sistema imunológico, tornando-o ineficaz, e conseqüentemente faz com que o hospedeiro esteja vulnerável a doenças e infecções humanas diversas por não poder combatê-las. Desta forma, a infecção pela AIDS, ocasionada pelo HIV, permite a destruição dos glóbulos brancos, minimizando a capacidade do organismo de se defender de doenças oportunistas que em situações normais não causariam maiores abalos. (SHARP & HAHN, 2011)

Muitas histórias e teorias tornam a sua origem um enigma. Grupos acreditam que a infecção foi contraída por zoofilia, outros pela alimentação da carne de macacos. Foi muito presente em seu surgimento a afirmação de sua causa estar ligada à transmissão via relação homossexual, podendo essa evidência ser descartada por estar carregada de preconceito, tendo em vista que:

Desde o início dos anos 80, antes mesmo da identificação do agente etiológico da AIDS já se dispunha de evidências epidemiológicas fortíssimas de que outros grupos populacionais, além dos homens que tinham relações sexuais com outros homens, apresentavam risco aumentado de contrair a doença. (BRASIL, 2009)

Sua detecção ocorreu em meados de 1981 nos Estados Unidos, onde cerca de 40 pacientes jovens e homossexuais deram entrada em unidades de saúde, sendo relatado um tipo de câncer raro que naturalmente se manifestava em idosos e demorava em se agravar. Outros casos surgiram e tornou-se claro que havia uma nova doença, que ficou conhecida como “doença gay” ou “GRID”⁸. O uso de drogas intravenosas e a relação sexual não protegida foram os fatores responsáveis pela epidemia. Nos anos seguintes, a doença foi detectada em heterossexuais, principalmente em mulheres. A partir daí, a doença epidêmica passou a ser chamada comumente de AIDS.

Inicialmente, um dos principais fatores de conflitos relacionados à questão da associação entre a AIDS e homossexualidade dizia respeito à necessidade

⁸ Gay Related Infection Disease.

de desconstruir a representação da doença como sendo uma “*peste gay*”. (BORRILLO; LASCOUMES, 2002).

A partir do século XX começaram a haver mudanças culturais associadas à identidade familiar, onde a homossexualidade era vista pela maior parte da sociedade com preconceito. A detecção do vírus HIV em proporções a atingir diversos seguimentos da sociedade, exacerbava este prejulgamento, como constatou Foucault (1993, p.58): “o debate entorno do reconhecimento social e jurídico do casal homossexual tem sido um dos principais pontos de embate ou mesmo de subversão da cultura da *scientia sexualis*”.

O impacto sociocultural originado pelo surgimento do vírus se deu pelo preconceito e pela dificuldade de sua aceitação. Durante esse período impulsionou-se uma grave exclusão da comunidade homossexual, onde parte significativa da sociedade associava o surgimento do vírus à homossexualidade e ao consumo de drogas.

De acordo com Mayer e Charbel (2005), um dado alarmante traz a tona uma preocupação ainda maior para cientistas e autoridades: o HIV tem uma alta capacidade de mutação, potencializando a efetividade do vírus. No ano de 1980 foi detectado e registrado o primeiro caso de AIDS no Brasil seguido de óbito: o indivíduo era do sexo masculino e sua contaminação foi sucedida por transmissão sexual.

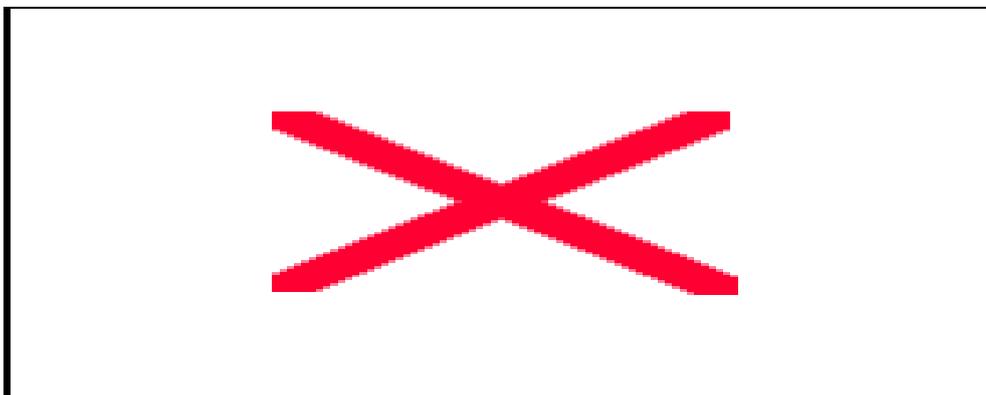
Os primeiros casos de HIV/AIDS no Brasil colocaram os homossexuais do sexo masculino como vítimas cruciais da sociedade⁹, por entender-se equivocadamente a AIDS como “*peste gay*”. Podemos afirmar também que a imprensa teve responsabilidade ampla na divulgação da imagem nos princípios da moralidade e discriminação sexual, que em parte, não tinham fundamentos verdadeiros que correspondessem ao perfil patológico que acabava de surgir.

A forma como a notícia de disseminação do HIV/AIDS chegou para a sociedade brasileira, reforçou a percepção preconceituosa contra os infectados pela doença e passou a associar o HIV/AIDS com a morte da pessoa que contraísse a doença, induzindo a estereótipos, preconceitos e rótulos que trouxeram mais sofrimentos para o grupo do que a doença em si. (GRANGEIRO et al, 2009 p.87- 94)

No ano de 1982, foram notificados mais 10 casos de AIDS no Brasil, todos com óbito, onde a mídia participou ativamente na divulgação dos casos, publicizando a possibilidade de pandemia no país. Em 1983, em São Paulo, criou-se na Secretaria de

⁹ Os usuários de drogas injetáveis (UDI), os/as profissionais do sexo e os hemofílicos foram outros grupos vitimados pelo preconceito e discriminação no surgimento da Aids, sendo considerados do “grupos de risco”.

Saúde do Estado, o primeiro programa de AIDS no Brasil. Já no ano de 1984, o número de contaminados no Brasil chega a 126 indivíduos dentre eles 08 mulheres. No ano de 1985, o número de infectados se ampliou para 533 contaminados. Dentre os fatores para este aumento, destacamos a dificuldade no acesso a informação, na prevenção e outros determinantes. A evolução deste período pode ser vista no gráfico abaixo:



Fonte: Boletim Epidemiológico de 2008

Diante de tal quadro, sujeitos começam a se mobilizar em busca de respostas e ações em diversos locais, especialmente junto aos grupos estigmatizados socialmente, com destaque aos chamados “gays paulistas”, através da realização de trabalhos comunitários e em diversos meios de comunicação, entregando e divulgando folhetos e cartilhas com informações do que era a doença e como preveni-la¹⁰. (TEIXEIRA, 1997)

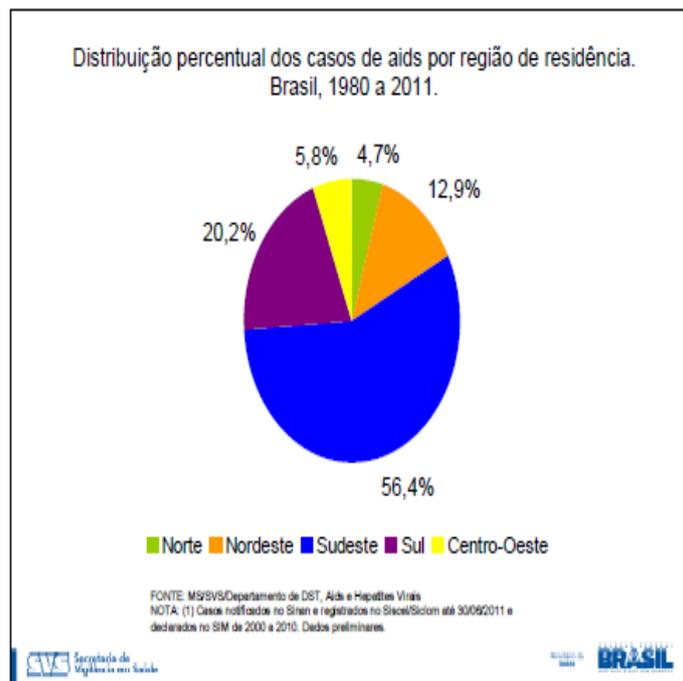
2.1 Boletins Epidemiológicos

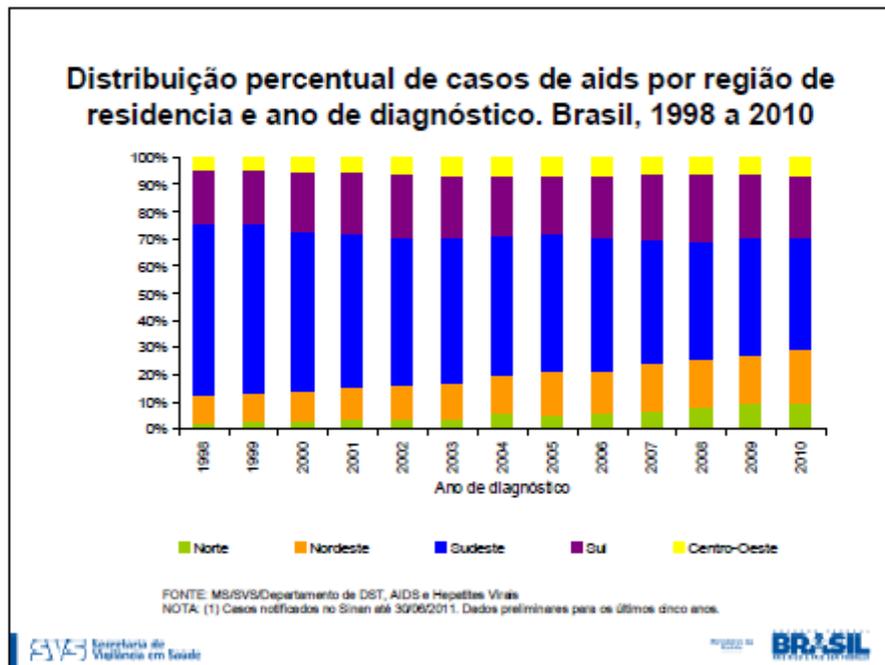
De acordo com estudos realizados em dez municípios brasileiros, em um conjunto populacional considerado em situação “de risco”, por fazer parte de um grupo com índice mais elevado de contaminação do vírus HIV, os municípios relacionados aos estudos foram esses: Manaus, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Santos, Curitiba, Itajaí, Campo Grande e Brasília. Entre o ano de 2008 e 2009, segundo Bastos (2009), Kerr (2009) e Szwarcwald (2009), a estimativa das taxas de prevalência de HIV entre usuários de drogas foi de 5,9%; entre homens que fazem sexo com homens a taxa de

¹⁰ Em 1983, nos Estados Unidos da América, precisamente em New York, morre Marcos Vinícius Resende Gonçalves, conhecido por “Markito”, um estilista brasileiro reconhecido internacionalmente por vestir artistas e socialites, ele afirmava que a doença afetava homossexuais de classe média que viajavam ao exterior com frequência (O Globo, 1983). Neste ano, o número de contaminados no Brasil chega a quarenta e um indivíduos e dentre eles uma mulher, de acordo com Boletim Epidemiológico de 2008.

prevalência de HIV foi de 10,5% já entre mulheres profissionais do sexo, a taxa de prevalência do HIV foi 5,1%.

Os registros que se referem a AIDS no Brasil – do ano de 1980 ao mês de Junho de 2011 – foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), como também declarados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), com registros no Sistema de Controle de Exame de Laboratório (SISCEL) e no Sistema de controle Lógico de Medicamentos (SICLOM). Dos 608.230 casos de AIDS registrados, verificamos que a região Sudeste concentrou um percentual de 56,4%; a Região Sul 20,2%; a Região Nordeste 12,9%; já a Região Centro-Oeste deteve 5,8%; e a Região Norte ficou com 4,7% ,como mostra o Gráfico:





Entretanto, há indícios crescentes de uma maior locomoção da epidemia para as classes mais desprovidas de recursos e marginalizadas da sociedade brasileira, com uma proporção maior de casos confirmados de HIV nas camadas populares que apresentam baixo grau de escolaridade. Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde no ano de 2004 pontuou que entre os contaminados pelo vírus HIV do sexo masculino 46,4% tem baixa escolaridade, encontrando-se na faixa de um a sete anos de estudo. Nas mulheres, esta média de baixa escolaridade encontra-se entre 51,2% das soropositivas, colocando em evidência o aumento da epidemia entre a camada populacional de baixa renda e que, por razões diversas, não teve acesso à escolarização. Nesta fase o governo já estuda meios de combater o vírus, para o combate da doença foram criados diversos tipos de programas como o Programa Nacional de SIDA em 1987, e o Plano Estratégico Nacional (PAN) em 1999. Foi realizada ainda, em 2001, a análise dos resultados da resposta nacional ao vírus segundo parâmetros estabelecidos pela Organização das Nações Unidas sobre Sida (ONUSIDA). Em 2003 foi criada a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA e as Grandes Endemias (CNLCSGE) e várias outras ações, em resposta as necessidades para efetividade do combate e prevenção do HIV.

Os dados desse novo perfil epidêmico são preocupantes por evidenciarem que a população pauperizada é a que mais sofre dificuldade de acesso aos serviços públicos, com agravamento na saúde, educação e os demais aspectos da questão social. Estas expressões retratam a pouca efetividade das políticas sociais públicas, que na década de

1990, estas sofrem os impactos do efeito da cartilha neoliberal no Brasil, que resultou em um desmonte significativo das instituições e serviços públicos acompanhado de uma ampla restrição orçamentária, principalmente, para a área social.

De acordo com Yasbeck (2002) a pobreza tem várias formas de expressão, não só por desprovimento de recursos financeiros, mas também carecimento político, de direitos. Diante das várias roupagens que a pauperização expressa, está presente a dinâmica de profunda desigualdade entre os indivíduos, a qual envolve aspectos históricos, culturais, sociais e econômicos, apresentando-se de forma diferenciada entre países no que divergem o tempo e espaço, mostrando diferentes feições em momentos distintos.

Já no caso da AIDS, a dita “exclusão” é socialmente reforçada pelo preconceito, pelo estigma e pela discriminação que acompanha a doença desde o seu início. Colocando a existência de uma exclusão “pessoal” manifesta pela negação do indivíduo em aceitar a sua condição de portador. É comum quando alguém é diagnosticado como portador do HIV ocultar de todos, como forma de se proteger dos aspectos negativos que surgiram com a epidemia e também, por temor de ser isolado em seu grupo social.

De acordo com Telles (2001), no Brasil a exclusão/inclusão social dos portadores da AIDS é deprimente pela condição de pauperização a qual essas pessoas estão subjugadas, uma vez que a epidemia se alastra com velocidade nas camadas despossuídas da população, o que agrava mais o quadro social. A pobreza, em nossa sociedade, é como uma “sombra” que acompanha o histórico brasileiro, jamais foi enfrentada horizontalmente no que se relaciona a cidadania.

Salienta-se ainda que o perfil da epidemia da AIDS vem apresentando mudanças no perfil epidemiológico, comparado com os últimos períodos, tanto no nível mundial como também a nível nacional. Ao compreender a extensão, e tamanha grandeza da epidemia da AIDS, impõem-se desafios com objetivos: ampliar a política com ação de prevenção, de assistência e fortalecimento institucionais, cobrando uma intervenção maior envolvendo diferentes setores governamentais e não governamentais (PEREIRA, 2010).

2.2 Igualdade de Gênero e AIDS.

A percepção de risco definida pelo poder público e desenhada nacionalmente, ganha novas dimensões no panorama contemporâneo da AIDS no Brasil. Nesse sentido, altera-se o seu perfil. Além de fenômenos como a interiorização, através do espalhamento

da doença passando dos centros urbanos às grandes cidades e chegando às cidades do interior e cidades de pequeno porte. Entre seus novos caracteres destacam-se tanto a feminização, pelo crescimento a cada dia de mulheres casadas e solteiras infectada pelo vírus HIV/AIDS-atraves de relações sexuais desprotegidas; quanto a heterossexualização por casal que se difere por gêneros opostos.

Segundo Barbosa (2003), foi a partir dos anos 1990 que foi dada uma atenção maior as questões específicas das mulheres com relação ao HIV/AIDS. Apesar do aumento da oferta do preservativo no Brasil, há uma certa restrição ao seu uso, pois, nem toda população tem acesso, e muitas mulheres ainda encontram resistência da parte de seus parceiros em compartilhar o uso do preservativo.

Desta forma, muitos casais pelo fato de possuírem uma vida conjugal estável sentem-se imunes a contrair o HIV, em outros momentos a mulher por medo de uma ruptura no relacionamento, ou até mesmo sofrer agressão física, consente o sexo sem proteção.

Contudo, os movimentos de mulheres de algumas instituições brasileiras acadêmicas ao pesquisarem os fenômenos da desigualdade de gênero para a saúde da mulher evidenciam que ao longo da história, os modelos de saúde pública nacionalmente responderam de forma precária às necessidades femininas no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, colaborando para a expansão da epidemia do HIV/AIDS entre as mulheres. Dentre os muitos exemplos destacamos a violação de direitos sexuais e reprodutivos e uma política de controle natal favorável à esterilização das mulheres. Principalmente na região do Nordeste, avalia-se que há um amplo número de mulheres brasileiras esterilizadas, pontuando, que a maior parte destas mulheres esterilizadas não faz uso de preservativos, por entender que não corre o risco de engravidar.

Outro fator a contribuir para o não uso do preservativo é a grande influência do contraceptivo oral, por ser comum entre as mulheres, traz alguns pontos negativos, como perda do estímulo a negociar aceitação do uso da camisinha com seus parceiros, responsabilizando a mulher pela prevenção da gravidez e das ISTs¹¹.

Apesar de encontrar resistência, na construção de estratégias para mudanças de atitudes, a política governamental de proteção às infecções do HIV/ISTs, tem criado muitas ações para o maior acesso do preservativo masculino, como também se propondo a dar respostas mais eficientes e imediatas para as mulheres. Entre essas ações estão

¹¹ Infecções Sexuais Transmissíveis (ISTs)

alternativas como promoção e ampliação da oferta de preservativos femininos e o desenvolvimento de microbicidas¹², processo que pode contribuir para expandir a autonomia das mulheres, dando-lhes a opção de substituir a camisinha de látex. Destaca-se que para estas conquistas serem efetivadas é preciso ações educativas e políticas públicas especificamente voltadas para o campo das transformações sociais e culturais.

Neste contexto, coloca-se para o movimento de mulheres e para o movimento feminista, um estudo da categoria de gênero, para melhor compreensão do impacto da epidemia da AIDS nas mulheres, como também, a definição de construção de políticas públicas que favoreçam a ampliação do poder das mulheres no espaço dos direitos sexuais e reprodutivos, com liberdade de escolha de ter ou não filhos, com acesso aos diversos meios de contraceptivos e poder usufruir sem coerções ou constrangimentos.

De acordo com os dados da pesquisa “A mulher brasileira nos espaços públicos e privados” realizada pela Fundação Perseu Abramo,¹³ responsável por entrevistar no ano de 2001 um total de 2.502 mulheres em todo o país, mostra que a violência contra as mulheres vai muito além de raça/etnia, país de origem, classe social ou grau de escolaridade. O índice de mulheres agredidas alcançou a marca de 43%. Desse total, 33% admitem ter sofrido violência física incluindo agressões e estupro de seus parceiros, 27% sofreram violência psíquica e 11% reclamaram de assédio sexual.

O “Dossiê Violência contra a Mulher”¹⁴, da Rede Feminista de Saúde evidencia que a forma mais comum de violência contra a mulher parte do marido ou parceiro, ou seja, ela acontece dentro de um espaço íntimo da porta para dentro do próprio lar. Por essa razão, a violência contra as mulheres é também chamada de violência doméstica ou intrafamiliar.

Dados recentes publicados pelo Governo Federal, precisamente no mês de Outubro de 2012, demonstram que a cada cinco minutos ocorre uma agressão à mulher no Brasil; e, a cada duas horas, um assassinato contra a mulher. Em 80% dos casos o agressor é o esposo, companheiro, ou namorado. Ainda de acordo com os dados do Estado, no ano de 2012 há uma estimativa de mais de 630 mil pessoas vivendo com o vírus HIV no Brasil, com uma acentuada presença feminina.

¹² Uma espécie de gel capaz de evitar as ISTs e o HIV (fonte <http://www.hypeness.com.br/2014/02/cientistas-descobrem-que-veneno-de-abelha-pode-ser-usado-para-destruir-virus-da-aids/>) (Acessado no dia 03 de Fevereiro de 2015).

¹³ www.perseuabramo.org.br/nop/nop.htm.

¹⁴ www.redesaude.org.br/dossies/html/body_vi-panorama.html (Acessado em 04 de Fevereiro de 2015).

O resultado desses dados clama atenção, e como resposta, o eixo Violência e HIV, lança em 2012 a segunda edição da campanha *Mulheres e Direitos – Violência e HIV*. Essa campanha é fruto da iniciativa de uma parceria entre o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), a União Européia, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e a ONU Mulheres – a Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres.

A campanha contou com o apoio da Presidência da Câmara dos deputados, cujo objetivo era colaborar elevando informações à compreensão da população brasileira sobre a redução da violência contra a mulher, provendo reconhecimento e efetivação, com igualdade dos direitos da população, sem restrição ao acesso a eles, e nem estigmatizar os diversos seguimentos que compõem as diferenças, além de inserir a pauta de promoção da equidade de gênero e saúde feminina. Os produtos de divulgação da campanha foram: spots de radio, folder, DVDs, painéis, de pano e filmes para TV¹⁵. De acordo com as palavras do representante (UNFPA) no Brasil, Harold Robinsom:

A campanha Mulheres e Direitos é uma resposta ao desafio da violência contra a mulher, que persiste no nosso cotidiano como a face mais visível e perversa das desigualdades de gênero. Podemos e devemos contribuir para a construção de novas masculinidades, onde as diferentes formas de violência não sejam usadas pelos homens como instrumento de poder. Todas as mulheres e meninas têm direito a uma vida livre de violência e todos os homens e meninos podem ser educados a agir e a pensar diferente. Esperamos que a campanha estimule a reflexão e a mudança de atitudes e práticas. (Idem, 2012)

Em março de 2007, em comemoração ao dia internacional da mulher, mais precisamente o dia 08 de março, o presidente Luis Inácio Lula da Silva, lança *O Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS* e outras DSTs.

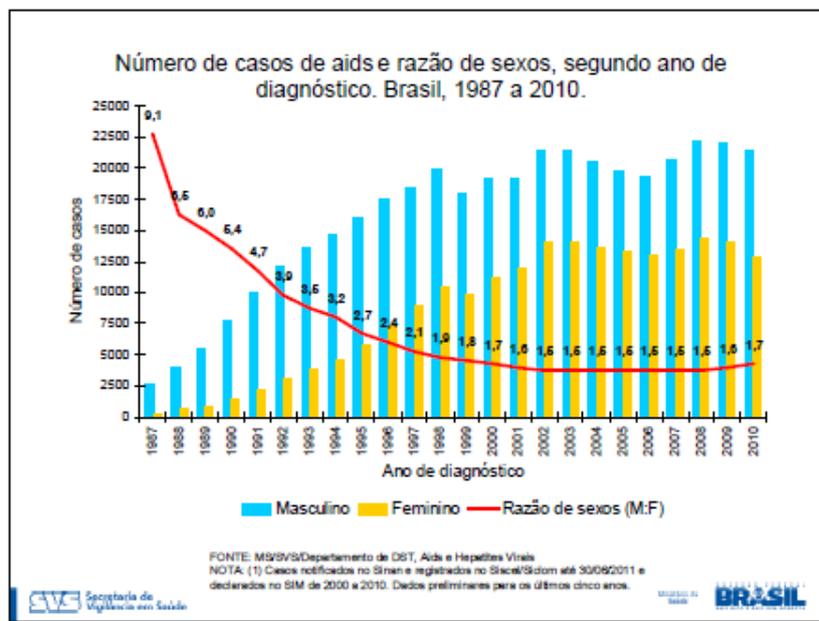
O plano foi uma iniciativa que contou com o envolvimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Saúde (MS), com apoio do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA); e o Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM); e o Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)¹⁶.

A consolidação desse Plano teve por objetivo o enfrentamento da feminização da epidemia da AIDS e outras DSTs, por meios de ações integradas e intersetoriais nas

¹⁵ Todo material encontra-se disponível em quatro idiomas, português, inglês, espanhol e, pela primeira vez, também em tikuna- idioma indígena falado por mais de trinta mil pessoas no Brasil. Fonte: http://www.unaids.org.br/primeira_pagina/campanha_mulheres.asp. Acesso em 05 de Fevereiro de 2015.

¹⁶ <http://www.unaids.org.br/acoes/enfrentamento.asp> Acesso em 19 de fevereiro de 2015.

esferas federal, estadual e municipal, com envolvimento de instituições governamentais, não governamentais e movimentos sociais, na perspectiva de reduzir as vulnerabilidades, tendo como marca o reconhecimento de que as desigualdades de gênero são ligadas ao racismo, a pauperização, o estigma e a discriminação em relação à orientação sexual e identidade de gênero, elementos presentes na vida com HIV/Aids.



2.3 O enfrentamento ao vírus HIV no Brasil.

Ao término de 1970 e ao iniciar dos anos 1980, instituiu-se como um marco muito importante na política brasileira a luta pela redemocratização do país. Várias forças sociais, representadas por sindicatos, entidades profissionais, associações de bairros, movimentos contra a inflação, e partidos políticos foram fundamentais. Cerraram uma luta política, consolidando um bloco eloquente de pressão, exigindo mudanças significativas no arcabouço da política brasileira.

As crises econômicas e as pressões populares foram respondidas pelo governo militar com ajustes e programas, compreendidos com uma forma de estratégia de uma política aberta mais controlada, ou de uma liberdade tutelada das instituições políticas, além da extinção do “Ato Institucional nº 5 (AI-5)”¹⁷ (GERSCHMAN, 1995).

¹⁷ O Ato Institucional nº 5, AI-5, baixado em 13 de dezembro de 1968, durante o governo do general Costa e Silva, foi a expressão mais acabada da ditadura militar brasileira (1964-1985). Vigorou até dezembro de 1978 e produziu um elenco de ações arbitrárias de efeitos duradouros. Definiu o momento mais duro do

Segundo Fiori (1994), entre 1979 e 1982, a derrota da reforma partidária promovida pelo governo e a bipolaridade interna do bloco político, ou seja, os protagonistas que apoiavam a política da ditadura militar quebraram ao meio, e uma enorme fenda foi aberta, a “porta de entrada” das forças políticas da oposição, retida desde sua vitória eleitoral de 1974. Contudo, a vitória democrática da oposição nos meados de 1982, nos principais estados brasileiros, deixou espaço aberto para que as representações sociais se posicionassem estrategicamente nos setores decisórios do cenário político.

Várias lideranças de alguns setores do movimento das favelas constituíram cargos públicos da administração municipal, desempenhando o papel de interlocutores oficiais do movimento junto aos órgãos públicos como também divulgando as propostas do mesmo junto aos moradores da periferia. Ressalta-se que no caso da saúde previdenciária em âmbito nacional, alguns intelectuais do movimento pela reforma sanitária, capacitados e identificados com o projeto, foram chamados a atuar em cargos elevados e administrativos estatais, em busca de uma solução do impasse enfrentado pela política de saúde.

Porém, a implantação das novas diretrizes de saúde com base nos princípios norteados ao projeto já estava desenhado pelo movimento sanitário brasileiro: igualdade garantida para todos, ou seja, é dever do Estado garantir acesso à saúde pública a todos. Com articulação crescente dos movimentos sociais, os princípios e diretrizes tiveram marco importante, mesmo assim com muitas dificuldades de implantação do mesmo, as mudanças do sistema de saúde e o início do processo de redemocratização.

Pontua-se que no histórico da luta contra a AIDS no Brasil, a primeira síntese, a fazer enumeração das demandas públicas, foi proferida por meio das pressões exercidas por setores progressistas da saúde pública – os militantes do movimento sanitarista, sobretudo, por parte da sociedade civil, representada pelas ONGs. Por parte do Estado, as pressões foram, inicialmente, tímidas e partiram das Secretarias Estaduais de Saúde de alguns estados, por meio de ações pontuais, com base no modelo seguido pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

regime, dando poder de exceção aos governantes para punir arbitrariamente os que fossem inimigos do regime ou como tal considerados. (GERSCHMAN,1995)

A participação da sociedade civil, por sua vez, partiu de um grupo socialmente desprovido de direitos, mas com demandas legítimas. Como a AIDS atingiu primeiramente homossexuais masculinos, os grupos gays estiveram na essência das principais reações à epidemia. (MONTEIRO e VILLELA, 2009)

O Estado não podia mais se omitir e efetiva a criação do primeiro programa governamental de AIDS em São Paulo, em 1983, antes mesmo do surgimento do programa a nível federal. É importante ressaltar que a organização do Programa Estadual da AIDS de São Paulo veio como resposta da Secretaria de Saúde às inúmeras indagações feitas por um grupo de militantes do movimento gay, que exigia uma posição governamental para o controle da epidemia do vírus HIV. (TEIXEIRA, 1997; GUERRA, 1993)

A luta, contra a AIDS no Brasil criou um elo para o novo tipo de interação entre o Estado e a sociedade. As primeiras ações propostas para o enfrentamento da epidemia, pelos governantes surgiram como resposta à pressão social de ativistas de São Paulo. Porém foi só em 1985, após de vários casos serem detectados no Brasil, que o Ministério da Saúde, admite a gravidade do problema para saúde pública brasileira.

No dia 02 de maio de 1985, através da Portaria 236, o Ministro da Saúde criou o Programa Nacional da AIDS, estabelecendo as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia no país, assumindo a AIDS como problema emergente de saúde pública. Essa portaria atribuiu a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, coordenação de programa nacional, estabelecendo normas e linhas para o combate da epidemia no Brasil.

Marcados como “grupos de risco”, três grandes grupos passaram a fazer parte deste público alvo: os homossexuais e bissexuais masculinos, os hemofílicos e os indivíduos que receberam transfusões de sangue, além dos usuários de drogas injetáveis, formalizando assim esse conceito. No entanto, foram entre os anos de 1987 e 1989 que o Programa Nacional de AIDS toma forma, tendo sua efetivação configurada. (BRASIL, 1999, p.7)

A coordenação nacional centralizou as ações e afastou-se dos programas estaduais e as ONGs. Vale ressaltar aqui, que as ONGs aos longos desses anos fortaleceram e despenharam papel importante na problematização ao enfrentamento e combate ao HIV, frente ao programa nacional da AIDS. A resposta oficial nacionalmente, no enfrentamento à epidemia de AIDS veio começar a ser consolidada quase dois anos após o Ministro da Saúde reconhecer a AIDS como um problema de saúde pública emergente

no país em 1985. Contudo, o aumento da contaminação no território nacional expressava omissão por parte do governo federal, em razão da longa espera em manifestar uma atenção aos primeiros casos diagnosticado, e o poder Estatal ,continuou lento em dar uma resposta de combate e prevenção possível de realmente estagnar o vírus HIV/Aids. (SANTOS apud MARQUES, 2003, P.111).

O procedimento de transformação da política saúde coincide com a reorganização dos serviços de saúde, na condição de conquistas históricas oriundas do processo de democratização política do país. As mudanças surgem já contempladas na Constituição Federal, elaborada em 1988. A saúde passa ser validada com um direito social e universal assegurado, através de ações e serviços públicos integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, se constituindo em sistema único. (Constituição Federal, art.198).¹⁸

Com essa mudança há uma junção da saúde com a previdência e a assistência social que passam a ser um sistema de seguridade social. Neste sentido, a saúde passa a ser entendida amplamente, garantida oficialmente como direito do cidadão e sua promoção e manutenção provida como dever do Estado. Vale ressaltar que o conceito de saúde colocado pela 8ª Conferência, sinalizava que saúde, no seu conceito ampliado, não era só ausência de doenças. Para o indivíduo ser considerado saudável, haveria a necessidade de outros fatores como bem-estar físico, mental, emocional, financeiro, além do direito a moradia, educação e trabalho, lazer, entre outros. Ou seja, o mínimo que possa garantir um desenvolvimento integral do sujeito:

Um dos mais conhecidos sentidos atribuídos ao atendimento integral se refere ao reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa trazendo como, consequência a não fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores socioeconômicos e culturais como determinantes da saúde e, principalmente, sugerindo um modelo integral de atenção que não tem como suposto a cura da doença. mas alarga do mundo na vida espiritual e material. (NOGUEIRA e MIOTO, 2006, p.224).

Apesar da morosidade nas ações e efetivação dos direitos sociais, no final do ano de 1980, o Programa brasileiro de combate à AIDS, desligou-se da Divisão de Dermatologia Sanitária passando a compor-se em uma Divisão Nacional de DST/AIDS, coordenada pela Secretária de Nacional de Programas Especiais de saúde (SNPES), atuando na ação de prevenção e o controle das DSTS, na implantação como, na elaboração, coordenação e execução do Programa Nacional de Controle e Prevenção da

¹⁸ O artigo 196 da Constituição Federal determina: “A Saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem á redução do risco de doenças e de outros agravos ao acesso universal e igualitário ás ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

AIDS. Foi gerado legalmente o PN-DST/AIDS (RAIZES, 1997).

Mesmo sendo constituída e efetivada em 1988, o PN-DST/AIDS, ainda assim não atuou com precisão, pois, não possuía uma estratégia definida de ação. Houve uma busca tardia de cooperação internacional, fazendo com que a ajuda ao combate à AIDS e o apoio aos programas já existentes no Estado, ficassem pendentes, necessitando de parcerias com entidades religiosas, filantrópicas, e particulares que eram poucas, e as ONGs/AIDS existentes no país.

Porém, mesmo diante de toda gravidade no quadro social, por não haver uma definição por parte do poder estatal em criar ações contundentes que combatessem de imediato a epidemia do vírus HIV/AIDS, cabe destacar que houve algumas conquistas. Em meio a estas conquistas estava a Lei 7.649/88, que obrigava dentro dos parâmetros, o cadastramento de doadores de sangue e a testagem sorológica para detectar o vírus HIV. A Lei 7.649/88 veio combater o comércio ilegal de sangue¹⁹, e proteger os hemofílicos, em decorrência dos crescentes números de infectados. (TEIXEIRA. 1997). Ainda, nesse mesmo ano, foi aprovada a Lei 7.670/88, que ampliou os direitos dos portadores. Estabelecendo nessa lei, benefícios concedidos para as doenças incapacitantes ou terminais na sua totalidade, cabendo ao portador sacar antecipadamente, o resgate do Fundo de garantia por tempo de serviço (FGTS), o auxílio doença, pensão e aposentadoria, independente de carência.

No final dessa década, inicia-se a distribuição de medicação na rede pública para as doenças causadas por infecções oportunistas. O Estado autoriza a criação do Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), atualmente reconhecido com Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Em 1990, o panorama político passa por mudanças e o resultado da primeira eleição, frutos da tão almejada eleição direta pela população, colocou no poder o presidente Fernando Collor, que ao assumir o governo demite em massa a equipe central do Programa Nacional de AIDS, trazendo um amplo desconforto para sociedade como um todo, principalmente a comunidade que convivia com AIDS, mais um pesadelo coletivo entorno da epidemia começara. A nova equipe do programa entra em confronto com as ONGs/AIDS que até aquele momento trabalharam em conjunto com a equipe governamental, houve também conflitos com a Organização Mundial da Saúde (OMS)

¹⁹ Com a implantação do sistema único de saúde a política do sangue no país passa a ser regulamentada e fiscalizada. (LOS, Arts. 4º, 6º, parágrafo XI).

quando o Estado nega a contribuir com o projeto desta instituição, que era fazer testes de vacinas anti-HIV. (GALVÃO, 2000).

O Estado estabelece uma “nova” relação com o mercado privado, que desestrutura, não somente as ações de combate a epidemia ao vírus HIV/AIDS, mas todos os programas de estrutura na área social. As primeiras políticas no país surgem com as características neoliberais. Segundo Boschetti (1993) em 1993, as diretrizes de ação do governo Collor de Mello, estavam pautadas de ideias como privatização, redução de gastos, redução do Estado e investimentos privados, como também, a modernização da economia do país.

O período de 1990 a 1992 foi considerado como de retrocesso das diretrizes da saúde por parte do governo federal, e principalmente às políticas voltadas para o enfrentamento do vírus HIV/AIDS. Entretanto, foi no governo Collor que houve a contribuição para a criação do programa AIDS no local de trabalho, como também passou a distribuir gratuitamente na rede medicamentos AZT²⁰ aos portadores contaminados e notificados pelo sistema de saúde. Pontua-se também que houve o primeiro contato de negociação com Banco Mundial, para captação de recursos com o objetivo de alimentar as ações, especificamente ações de prevenção à epidemia.

A negociação com o Banco Mundial definiu-se no projeto AIDS I e teve o seu início em 1994, desenvolvido pelo Ministério da Saúde com recursos na ordem de “160 milhões de dólares provenientes do Banco Mundial, e 90 milhões o governo brasileiro colocou de contra-partida” (MATTOS, 1999, p. 31). O Programa AIDS I teve o seu marco de execução no período de 1994 que se estendeu até 1998. Em sua vigência houve ampliações em diversos setores como nos centros de testagem e aconselhamentos (CTA), os serviços ambulatorial e hospitalar, também houve a criação dos hospitais-dia, e o aprofundamento com as parcerias através das ONGs, em projetos característicos de prevenção, especialmente com usuários de drogas injetáveis.

Apesar do investimento feito através do Programa AIDS I, em 1996, “os óbitos decorrentes da AIDS já ocupavam o terceiro lugar em causa morte” (MATTOS, 1999, p.37). Pontua-se que o Programa da AIDS I já nasceu sob a ótica do Estado mínimo, a prova é o discurso da não intervenção estatal em diferentes áreas, principalmente na área

²⁰ AZT substancia Zivudine é capaz de inibir a multiplicação do vírus HIV no organismo. A droga chega ao mercado com o nome de Retrovir, comercializada pelo laboratório Burroughs Wellcome, esta comprovadamente foi capaz de agir sobre o vírus possibilitando um aumento na sobrevivência dos portadores (RAIZES, 1997).

social. O projeto AIDS I negociado com o Banco Mundial pelo poder estatal brasileiro, restringiu o financiamento somente as ações preventivas, que no Brasil, centralizava em distribuição gratuita de preservativo. Deixando de fora, a distribuição dos anti-retrovirais²¹ gratuitos, contrariando assim os princípios universalizantes da política de saúde no Brasil.

No entanto, em 13 de novembro de 1996, o Brasil adotou a Lei nº 9.313 a qual dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos para todas as pessoas acometidas pelo HIV/AIDS (BRASIL, 1996). Esta proposta denominada de “High Active Anteretroviral Therapy” (HAART) que trouxe um grande aumento na sobrevivência aos portadores da AIDS. A disponibilidade dessa terapia antirretroviral de alta potência gratuita para todas as pessoas soropositivas foi à causa do impacto notável na realidade da epidemia no Brasil, com redução da mortalidade, e diminuição de internações hospitalares.

2.4 Análise contemporânea da situação epidemiológica do HIV/Aids

Em 2004, estimou-se que 600 mil indivíduos de 15 a 49 anos estariam vivendo com HIV/aids no Brasil, correspondendo a uma prevalência de 0,61% (IC 95%: 0,441% - 0,775%), com tendência estável quando comparada ao estudo, usando a mesma metodologia realizada no ano de 2000.

Esta prevalência foi de 0,42% em mulheres e 0,80% em homens, com estimativa média de 208.898 mulheres e 384.889 homens vivendo com HIV/aids no país. Utilizando a prevalência do HIV em estudo realizado em cerca de 30 mil jovens do sexo masculino de 17 a 21 anos, conscrito do Exército brasileiro, em 2002, como indicadora da incidência neste grupo, observou-se incidências de 0,044% na região Norte, 0,099% na região Nordeste, 0,059% na região Sudeste, 0,161% na região Sul e 0,095% na região Centro-Oeste, com média nacional de 0,088% (BRASIL, 2014, p.11).

Quando analisada por subgrupo populacional, as maiores incidências foram observadas entre homens que fazem sexo com outros homens (0,579%), entre os que apresentam elevado índice de comportamento sexual de risco (0,166%), entre os que têm

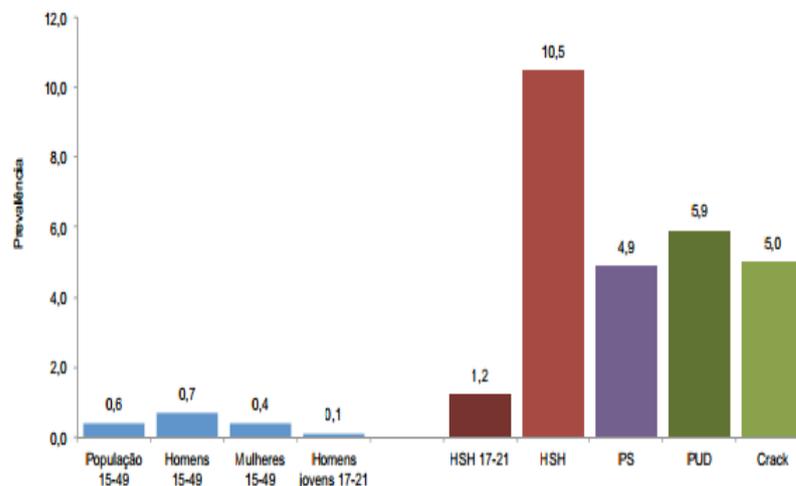
²¹ Os anti-retrovirais são medicamentos que tem como finalidade diminuir o ritmo de multiplicação do vírus em pessoas infectadas pelo HIV/AIDS.

ensino fundamental incompleto (0,148%), comparados com 0,063% com ensino fundamental completo e entre aqueles que não fazem uso regular de preservativos (0,146).

Até junho de 2004, foram registrados 362.364 casos de Aids, sendo 69% ocorridos no sexo masculino. A taxa de incidência em 2003 foi de 18,4 casos por 100 mil habitantes, próxima à taxa de 19,5 casos por 100 mil, observada em 1999. Entre os homens, observa-se uma tendência à estabilização em patamares elevados, variando de 26 casos por 100 mil, em 1998, a 22 casos por 100 mil homens em 2003. Entre as mulheres, a tendência tem sido crescente, com a maior taxa observada em 2003, de 14 casos por 100 mil mulheres.

Contudo, o estudo do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais aponta que aproximadamente 734 mil sujeitos vivendo com HIV/Aids no país no ano de 2014, o que corresponde a uma prevalência de 0,4%. Na população de 15 a 49 anos, a prevalência é de 0,6%, evidenciando sendo 0,7% em homens e 0,4% em mulheres.

Destaca que entre os jovens de 17 a 21 anos do sexo masculino, a prevalência estimada no ano 2007, foi de 0,12% mostrando ser 1,2% em homens que fazem sexo com homens (HSH) na mesma faixa etária. Nos grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, as taxas de prevalência de HIV encontradas em estudos realizados pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais em 2008/2009 foram de 5,9% entre usuários de drogas, 10,5% entre HSH e 4,9% entre mulheres profissionais do sexo. Outro estudo, realizado mediante uma parceria entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde/Fiocruz com usuários de crack em 2013, encontrou uma prevalência de 5,0% 5. Como evidencia o gráfico abaixo:



Fontes: Estudos específicos realizados entre 2009 e 2013.

Documentos mostram que desde o início da epidemia de aids no Brasil até junho de 2014, foram registrados no país 757.042 casos de aids, sendo 593.217 (78,4%) notificados no Sinan, 42.006 (5,5%) e 121.819 (16,1%) no SIM e Siscel/Siclom, respectivamente, identificados pelo relacionamento probabilístico dos dados como subnotificação do Sinan. Em 2010, a proporção de casos de oriundos do Sinan correspondia a 69,4%, passando para 64,8% em 2013, mostrando um aumento na subnotificação dos casos no Sinan. Além disso, observa-se que existem importantes diferenças nas proporções segundo regiões; o Norte, o Nordeste e o Sudeste apresentam maior proporção de subnotificação em comparação com as regiões Sul e Centro-Oeste.

A distribuição proporcional dos casos de aids no Brasil segundo região mostra uma concentração dos casos nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo a 54,4% e 20,0% do total de casos identificados de 1980 até junho de 2014; as regiões Nordeste, Centro-este e Norte correspondem a 14,3%, 5,8% e 5,4% do total dos casos, respectivamente.

Nos últimos cinco anos, o Brasil tem registrado uma média de 39,7 mil casos de aids. Segundo as regiões, o Norte apresenta uma média de 3,5 mil casos ao ano; o Nordeste, 7,9 mil; o Sudeste, 17,0 mil; o Sul, 8,6 mil; e o Centro-Oeste, 2,7 mil. A taxa de detecção de aids no Brasil tem apresentado estabilização nos últimos dez anos, com uma média de 20,5 casos para cada 100 mil habitantes; também se observa estabilização da taxa na região Sul, com uma média de 31,1 casos para cada 100 mil habitantes. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam uma tendência linear de crescimento significativa, considerando o nível de significância de 5%; em 2004, a taxa registrada foi

de 15,0 (N) 11,0 (NE) e 18,7 (CO) casos para cada 100 mil habitantes, enquanto que no último ano a taxa foi de 26,1 (N), 16,0 (NE) e 20,3 (CO), representando um aumento de 74,0% (N), 45,5% (NE) e 8,6% (CO).

A região Sudeste é a única que apresenta tendência de queda significativa nos últimos dez anos; em 2004, a taxa de detecção foi de 26,0, a qual passou para 18,7 casos à cada 100 mil habitantes em 2013, correspondendo a uma queda de 28,1%. (BRASIL, 2014, p.11)

CAPITULO III

OS MOVIMENTOS SOCIAIS NO ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS NO BRASIL

Para melhor compreender a atuação dos primeiros movimentos sociais no enfrentamento a AIDS no Brasil, é preciso antes proceder a uma breve síntese à história de organização dos trabalhadores brasileiros dentro do contexto político no Brasil.

Para Faleiros (2000, p.74), a política social no Brasil vem pontuando no decorrer do seu histórico um “caráter paternalista, clientelista e autoritarista”, com uma baixa efetividade devido ao seu caráter emergencial, fragmentado e descontínuo de ações; ou seja, o país não apresenta um sistema de proteção social completo de cidadania; as políticas sociais são de aspectos residuais e insuficientes para várias demandas postas pela questão social em todas as áreas, em especial, na saúde frente às novas formas de adoecimento da população²². Segundo Netto:

O desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, a questão social e, esta apresenta diferentes estágios e manifestações. Sua existência e manifestações são indissociáveis da dinâmica específica do capital tornado potência social dominante. (NETTO, 2001, p.45).

De acordo com Sader e Paoli (1986), a organização dos primeiros movimentos sociais se deu em 1930, com a chegada da industrialização, crescimento urbano e migração da população rural para área urbana, o Estado passa a condicionar e a interferir na economia e na sociedade com mais vigência, proporcionando mudanças significativas no sistema sociopolítico. Com o desenvolvimento urbano, os aspectos da questão social emergem, mais fortes, evidenciado déficit de políticas públicas. Que veio proferir principalmente a partir das décadas de 40 e 50, o desenvolvimento de uma moderna economia urbano-industrial, com a conseqüente concentração espacial dos meios de produção, dos mercados e da força de trabalho.

Diante desse novo cenário, a razão das lutas sociais adquirem relevos diferenciados. Segundo Gohn (1995, p.80) as classes populares renasceram a partir dos

²² A “questão social” não se constitui em um problema isolado do indivíduo, mas, sobretudo engendra o conjunto de desigualdades sociais vivenciadas pelos sujeitos, as quais se intensificam com o aumento do desemprego, da fome, da miséria e da violência.

anos 1980, novos atores emergiram com os setores populares provenientes das áreas rurais, os quais passaram a ocupar as áreas periféricas das cidades.

Observa-se que ao longo do tempo o quadro brasileiro da AIDS passou por modificações e transformações, tanto no perfil da epidemia e da infecção pelo HIV, quanto no cenário político-econômico em destaque, destacando-se a redefinição e a atuação das organizações da sociedade civil de modo geral e das dedicadas particularmente ao HIV/AIDS. Uma das transformações que mais chamou a atenção foi o grau de visibilidade, organização social e política das pessoas que vivem com HIV/AIDS conseguiram conquistar, através de importantes participações nas lutas coletivas por seus direitos. Na Paraíba, a Cáritas Arquidiocesana contribuiu grandiosamente²³, provendo processos educativos que possibilitaram na sustentação desse grupo segregado.

Embasada neste contexto percebe-se que pelo longo período a sociedade brasileira viveu uma tradição de “modernização” controlada pelo alto poder estatal, com a repressão das relações sociais e políticas voltadas para as classes populares. Segundo Da Paz (2005, p.21) o autoritarismo – formalizado pela ausência de liberdade democrática, de transparência, participação e controle social, e o poder absoluto e arbitrário com caráter inato de apossamento do público, a troca de favores em benefício próprio e a exclusão social – visível nas desigualdades sociais, impedimento sistemático de direitos de cidadania, desregulamentação do mercado do trabalho, a negação do acesso ao indivíduo obter recursos, bens e serviços gerados no país, sinalizaram a forma de relacionamento do Estado com a sociedade civil brasileira.

Este panorama definiu a formação de uma classe subalterna fragilizada, desprotegida e leiga na prática cultural em se organizar. Contudo, percebe-se também nesse período o surgimento de movimentos sociais de resistência e enfrentamento ao autoritarismo, bem como, de reivindicação por melhores condições de vida. (Idem, p.21)

Nos meados dos anos 1970, houve o surgimento dos então chamados “novos movimentos sociais” com diversas formas de organização. De acordo com Gohn (1995) os movimentos de caráter popular demandaram condições melhores em diversos sentidos de vida e trabalho, cingindo ao campo dos direitos sociais básicos. Tais movimentos

²³ Cáritas é um organismo da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Está organizada em uma rede com 178 entidades-membro, 12 regionais – Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo, Norte II (Amapá e Pará), Maranhão, Piauí, Ceará, Nordeste II (Alagoas, Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte) e Nordeste III (Bahia e Sergipe) – e uma sede nacional. Atua em atividades políticas e filantrópicas em 450 municípios.

transformaram-se em marco dos protestos reivindicatórios de ação direta ou de rua e pelo posicionamento autônomo relacionado aos órgãos do Estado como um todo. Outros movimentos se levantaram cujas lutas voltaram-se para questões contemporâneas dos direitos sociais. Esses movimentos sociais visavam a compreensão do Estado como interventor das suas demandas.

Também nos anos de 1970, estes mesmos movimentos de luta foram caracterizados como movimentos de resistência e enfrentamento à ditadura militar e, os anos 1980, como “movimentos de massa”. Em sua maioria, era composto por estudantes universitários, comerciários e profissionais liberais, tendo na luta pela democratização do país sua pauta prioritária (GOHN apud PEREIRA, 2010, p.12).

Entretanto, em meio a esses conflitos, o processo político do país passava por uma grave crise econômica, com altos índices inflacionários, com cobranças de juros excessivamente altos da dívida externa (FMI),²⁴ o crescimento econômico inercial nacionalmente, com repressão social visível em todo país.

A militância política de esquerda e alguns fundadores de instituições privadas, posteriormente intituladas de ONGs, não apenas prestigiaram a atuação desses grupos, como tiveram um importante papel no enfrentamento na luta contra a AIDS. Estas organizações caracterizaram-se por uma postura política mais ostensiva e propositiva em relação ao Estado, pleiteando ações que de fato viessem ao combate à epidemia e que o mesmo passasse dar assistência às pessoas contaminadas com o vírus HIV/ AIDS.

Além disso, foi colocado o entendimento de que para enfrentar a epidemia tinha-se que intervir diretamente na doença. Outro fator importante no início da atuação dos movimentos sociais contra o HIV/AIDS foi a formação e atuação do movimento LGBT. Visto que nos primeiros anos da epidemia, os cientistas entenderam que a doença estava restrita ao grupo de homossexuais, prostitutas e usuários de drogas injetáveis, isso porque, nestes grupos existia uma incidência maior de contaminação. (TEIXEIRA, 1977, p.44)

Tal situação criou uma ilusão social, que levou ao entendimento da existência de um determinado “grupo de risco” ou uma “peste gay” onde somente aquelas pessoas estavam expostas à contaminação. Do ponto de vista social, a ideia do HIV restrito a um grupo específico contribuiu para o arraigamento do preconceito que acompanha a epidemia em sociedades diversas, preconceito engessado de informações distorcidas, de moralismo e da não aceitação dos valores e da escolha do outro na sociedade. Fatos que

²⁴ Fundo Monetário Internacional.

culminaram na organização de grupos a posicionarem-se publicamente, e cobrarem das autoridades competentes ações eficientes de combate ao vírus

De acordo com Pereira, foi na década de 1990, que as ONGs concretizaram novas formas de organização da sociedade civil no enfrentamento da AIDS no Brasil. Dentre muitas, pode-se destacar a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), o grupo pela valorização, Integração e dignidade do doente de Aids (Pela Vidda), e o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA). Tais entidades são vistas como referência nacional, e foram por elas que outros grupos que apareceram posteriormente se nortearam.

Na década de 1980, os movimentos sociais populares se organizaram de forma plena, no contexto histórico social e político brasileiro, com caráter criativo, organizados e mobilizados, cabendo aos mesmos a responsabilidade por expressivas conquistas que geraram melhorias na qualidade de vida de abrangentes setores sociais, afirmando direitos e o exercício de cidadania para um número significativos de sujeitos. Como também, impulsionaram a construção de identidades coletivas de setores e grupos historicamente discriminados ou oprimidos, intervindo nas políticas públicas, ou inibindo as práticas conservadoras, a exemplo do assistencialismo e clientelismo, o que cooperou para transformações em nível do poder local e da política tradicional.

Os movimentos sociais multiplicaram-se no Brasil durante a década de 80 e, principalmente, nos anos 90, percebendo-se no país uma progressiva ampliação e diversificação de organizações populares, com diversos modelos organizativos, formas de mobilização, bandeiras de luta, relações com mediadores e interlocutores, além da formação das lideranças populares. Neste período se consolidam muitos coletivos e entidades locais, mas também movimentos de caráter nacional. Neste último caso, tratavam-se de movimentos cuja requisição eram as reformas civilizatórias até então negligenciadas, ou seja, que diziam respeito a questões centrais da sobrevivência das pessoas: a moradia, o emprego, a educação e principalmente a saúde.

Consolidaram-se também, neste período, vários movimentos e organismos de inspiração religiosa, pastorais sociais, bem como os Centros de Educação Popular e as Organizações Não-Governamentais (ONGs).

Estas conquistas foram mediadas, por processos educativos tanto dos participantes diretos dos movimentos, quanto das pessoas e grupos atingidos por sua ação e da sociedade envolvente: Para Scherer-Warren (1993, p.53) podemos conceituar os movimentos sociais enquanto um “agrupamentos de pessoas, geralmente das classes populares ou de grupos segregados, no sentido de destituídos de poder e discriminados,

que agem coletivamente, com algum método, realizam parcerias e alianças, abrem diálogos e negociações com interlocutores, como processos articulados para conquistas de direitos e exercício da cidadania”.

Entretanto, apesar desta definição ser muito presente nas Ciências Sociais, podemos também conceber os movimentos sociais para além da “soma de indivíduos” e considerá-los em sua relação de classe, a qual envolve diretamente a luta por direitos, por reformas, a qual não se encontra deslocada do caráter coletivo desta classe e da aspiração por outro projeto societário.

No que diz respeito ao objeto deste estudo, a articulação de ativistas políticos, profissionais de diferentes áreas e setores variados da sociedade em torno da luta contra a epidemia de HIV/AIDS foi impulsionada pelo grave quadro brasileiro na década de 1980: o crescente número de pessoas infectadas pelo vírus HIV, as constantes violações de direitos de pessoas com HIV/AIDS e a ausência do Estado em apresentar respostas.

Esses movimentos foram compostos por integrantes de organizações da sociedade civil, com diversas origens como universidades, igrejas, partidos e organizações de militância política de esquerda. Galvão (2000, p.38) ressalta duas personalidades que foram determinantes nessa mobilização por possuírem em comum a estendida militância contra a ditadura militar, trata-se da presença de Herbert Daniel e Herbert de Sousa (Betinho) sujeitos fundamentais ao início da aliança contra o HIV/AIDS no Brasil.

Como já citado no texto os primeiros diagnósticos de contaminação do HIV/AIDS foram notificados em São Paulo em 1982, pontua-se que nesse mesmo ano houveram também outras notificações registradas no Estado do Rio de Janeiro. Devido à dificuldade em obter tratamento e eficazes respostas públicas, a comunidade mobilizou em São Paulo o “Grupo de Apoio e de Prevenção a AIDS” - o GAPA²⁵, primeira ONG a atuar no Brasil. Fundado em 1985, o GAPA era composto em sua maioria por homossexuais, profissionais de saúde, soropositivos e seus familiares.

Depois deste período, diversos grupos de todas as classes começaram a se organizar em diversos estados, com o objetivo de intervir na comunidade, e requisitar meios de informação, prevenção e proteção de direitos de grupos atingidos pelo HIV. Neste ano também foi criada em São Paulo a casa de apoio Brenda Lee para portadores terminais de AIDS que não tinham outro local de moradia, cujo nome faz alusão a transexual que a idealizou.

²⁵ O GAPA foi criado em São Paulo, no ano de 1985, sendo este o primeiro grupo de apoio a prevenção a AIDS.

3.1 Os primeiros movimentos frente ao HIV/AIDS no Brasil

Entre os anos de 1985 a 1989 diversos setores da sociedade civil voltaram a sua atenção a epidemia de HIV/AIDS, num período de ampla expansão das ONGs²⁶. Dentre as várias organizações, destacamos quatro para análise deste capítulo. O critério de escolha deu-se por aqueles primeiros movimentos a se articularem, com foco exclusivo no HIV/AIDS. Ao longo dessa jornada manifestaram importante inserção política na luta nacional contra a Aids: o Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA); a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) e o Grupo Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids (Pela Vidada)

Em resposta a epidemia que se proliferou sem timidez, no mês de janeiro de 1985, foi criado O Grupo de Apoio à Aids GAPA BR/SP. Em São Paulo, este grupo se diferenciou dos outros movimentos associativos e populares, pela predisposição do imediatismo de respostas ao HIV/Aids, inaugurando uma nova característica dentro do movimento social: a ONG/Aids, essas ONGs estiveram por detrás da maioria dos movimentos sociais populares urbanos, gerando um cenário de grande participação da sociedade civil, com ações fundamentadas na conquista de direitos, cujas lutas eram constituídas pela igualdade com justiça social, e ajudaram a criar o “discurso da participação popular” contribuindo expressivamente no enfrentamento²⁷ da Epidemia.

Tendo como fundamento institucional a defesa dos Direitos Humanos e a inserção das pessoas portadoras do HIV/Aids, o movimento tinha por principais objetivos de luta: conquistar e estabelecer uma política efetiva de saúde pública para a população soropositiva, incluindo melhoria do atendimento médico e psicológico nas políticas relacionada a AIDS no Brasil; o combate a discriminação e comportamentos que venham causar lesões aos direitos humanos da população soropositiva; fornecer apoio humano e emocional a todos os pacientes portadores do vírus HIV, bem como, seus familiares e amigos, oferecendo apoio material aos usuários com dificuldades financeiras; prestar informações e esclarecimento a população em geral a respeito do HIV/Aids.

²⁶ As ONGs são definidas como entidades sem fins lucrativos que se orientam para promoção e o desenvolvimento de grupos sociais desfavorecidos social e economicamente, a partir de relações baseadas em direitos e deveres da cidadania. Para o termo ONG/Aids duas concepções predominam: o que se refere toda e qualquer instituição que desenvolve alguma atividade relacionada à Aids; e a nomenclatura empregada para as entidades que trabalham exclusivamente com a Aids.

²⁷ <http://www.gapabrsp.org.br/index.html>, Acessado em 20 de Janeiro de 2015.

Em Março de 1987, foi fundada a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), uma organização não-governamental sem fins lucrativos. Desde o início, a ABIA procurou mobilizar a sociedade para enfrentar a epidemia de HIV/AIDS no Brasil. Com objetivos de lutar, por acesso a tratamento e assistência e na defesa dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV e AIDS.

Foram essas ideias e a organização em torno da temática que levaram o sociólogo Herbet de Souza²⁸, o Betinho, e um grupo composto de profissionais de diversos setores da vida política e do movimento social, a criarem em 1986 a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA. Afirmando que, o acompanhamento das políticas públicas de saúde, educação e prevenção, tratamento e assistência, e direitos humanos, são as prioridades de atuação e palavra de ordem na ABIA²⁹.

A visibilidade das ações praticadas pela ABIA tornaram-se referência nacional e internacional na luta contra o HIV/Aids, estabelecendo-se como uma fonte divulgadora de informações sobre a epidemia. É inequívoca a contribuição desta associação ao movimento popular organizado em torno do HIV/AIDS. O trabalho no desenvolvimento de alternativas para a democratização do acesso a informação sobre HIV/Aids, contribuiu com o empenho governamental e, seguramente da sociedade civil, na área de educação e prevenção.

Já em Maio de 1989, no Rio de Janeiro, foi fundado pelo escritor Herbert Daniel³⁰, O Grupo Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de AIDS - Pela Vida. Esta é uma organização não-governamental sem fins lucrativos, composta por pessoas soropositivas, seus amigos, parentes, familiares e interessados em geral. Reúne colaboradores e voluntários independentemente da sorologia para o HIV, gênero, orientação sexual, orientação político-partidária ou religiosa. Destinado a ser porta-voz das pessoas que vivem com HIV/Aids através de uma política inclusiva.

Foi organizado em torno de uma assessoria jurídica³¹ com objetivos de atender especificadamente as demandas relacionadas à AIDS no Brasil, com ações judiciais e a divulgação dos direitos civis de pessoas vivendo com HIV com vistas a diminuir o impacto da epidemia através da prestação de serviços para a comunidade. Desta forma,

²⁸ Herbert José de Souza (1935-1997) mais conhecido como Betinho, foi um sociólogo e ativista brasileiro dos Direitos Humanos.

²⁹ <http://abiaids.org.br/> Acesso em 15 de Dezembro de 2014.

³⁰ Sociólogo e ativista político, fundador da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - ABIA em 1986 e do Grupo Pela Vida/RJ em 1989.

³¹ <http://www.pelavidda.org.br/site/> Acesso em 22 de Janeiro de 2015.

a ABIA foi constituída com o principal compromisso de promover a integração das pessoas vivendo com HIV e AIDS, o respeito à cidadania e também incentivar a participação de todos no enfrentamento da epidemia com ações que contribuam para a sua prevenção e controle.

Também em 1986, é criado o Apoio Religioso frente à Aids no Instituto Superior de Estudos da Religião - ISER, salvo engano, a primeira iniciativa de caráter religioso junto ao tema. É também o Iser que abriga posteriormente um grupo voltado aos profissionais do sexo, homens e mulheres, que protagonizam no ano de 1991 a criação da Associação de travestis e liberados - ASTRAL.

3.2 Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - ABIA

No mês de Janeiro de 2012, a Associação Interdisciplinar de AIDS - ABIA publicou o relatório global³² de suas atividades relacionadas ao ano de 2011. Neste a associação salienta que desde sua fundação em 1986, a ABIA vem trabalhando em caráter de mobilização social, ações preventivas, como também advertir e conscientizar a população que vive com HIV/AIDS, possibilitando o acesso ao conhecimento de informações da realidade da epidemia, buscado através de pesquisa um favorecimento de uma resposta eficaz contra a Aids.

Contudo, destaca-se que a ABIA ao longo de sua trajetória se tornou uma referência nacional e internacional no ato de prevenção ao HIV e na promoção do tratamento da AIDS, definindo-se como uma fonte divulgadora de informações na área, sempre com um olhar crítico e permanente sobre as políticas públicas de saúde em nível nacional e internacional. Defendendo o tratamento e assistência a AIDS como direito fundamental, fez com que a luta pela cidadania plena das pessoas vivendo com HIV/AIDS passasse a integrar o trabalho voltado para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos, lutando contra a discriminação e exclusão que têm sido associadas à infecção pelo HIV³³.

³² <http://www.abiaids.org.br/img/media/Relat%C3%B3rio%20Global%202011.pdf> Acesso em 18 de Fevereiro de 2015.

³³ Em 2011, a presidência da instituição foi exercida pelo antropólogo Richard Parker e a vice-presidência pela médica Regina Maria Barbosa. Atualmente, a equipe interdisciplinar do ABIA está composta por 18 pessoas. Essa equipe envolve profissionais de diversas áreas como: sociologia, direito, relações internacionais, jornalismo, medicina, psicologia, biblioteconomia, contabilidade e finanças, informática e administração.

A associação foi declarada de utilidade pública federal em 27 de maio de 1992. Em 1994, obteve o registro de entidade de fins filantrópicos e, em 1995, foi declarada de utilidade pública estadual e municipal. Em 1997 recebeu o certificado do Conselho Nacional de Assistência Social.

Com o objetivo de fortalecer e ampliar as possibilidades de parceria e cooperação com financiadores, organizações e entidades governamentais, universidades e movimentos sociais no Brasil e no exterior, a ABIA integra diferentes redes nacionais e internacionais. Atualmente, a ABIA está filiada a Associação Brasileira de ONGs (ABONG) e integra várias redes locais, nacionais e internacionais, tais como: Conselho Latino-Americano e Caribenho de ONGs/AIDS (LACCASO); Conselho Internacional de ONGs/AIDS (ICASO); Rede Brasil sobre Instituições Financeiras Multilaterais; Comissão Cidadania e Reprodução (CCR); Fórum de ONG/AIDS do Rio de Janeiro e faz parte da coordenação da Rede Brasileira pela Integração dos Povos (REBRIP), onde é responsável pela coordenação do Grupo de Trabalho de Propriedade Intelectual (GTPI)³⁴.

Dentre as principais atividades exercidas pela ABIA, ressaltamos a produção e distribuição de materiais informativos, a realização de seminários, oficinas e cursos, a defesa dos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS, e a participação em espaços de controle social. Pontua-se ainda que desde 2003 a ABIA coordena o Grupo de Trabalho em Propriedade Intelectual (GTPI), da Rede Brasileira pela Integração dos Povos (GTPI/REBRIP), um coletivo de organizações e pesquisadores independentes que atuam pela ampliação e manutenção do acesso a medicamentos no Brasil e no Sul Global e pelos direitos das pessoas vivendo com HIV no Brasil.

O grupo vem monitorando e buscando incidir politicamente em temas relacionados ao monopólio da comercialização de medicamentos essenciais, como é o caso da proteção patentária. O GTPI/ABIA é o principal grupo que trabalha de forma sistemática e coordenada esse tema no Brasil, focando em ações coletivas e resistência a concessão de patentes farmacêuticas indevidas.

3.3 Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA).

³⁴ http://www.abiaids.org.br/_img/media/Relat%C3%B3rio%20Global%202011.pdf Acesso em 18 de Fevereiro de 2015.

De acordo com informações da própria organização,³⁵ a rede GAPA foi uma das primeiras redes a ser formalmente fundada no Brasil no que diz respeito a luta contra o HIV/AIDS, sendo atualmente composta por 18 unidades GAPAS em território nacional. Com relação ao GAPA/SC, a base do cordão foi criado dentro dos estatutos dos GAPAS de São Paulo e do Rio de Janeiro, sob a denominação de Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS, no município de Florianópolis.

Formado em agosto de 1987, seus fundadores foram um grupo de profissionais do Hospital Nereu Ramos. Entre o grupo, a Senhora Helena Edília de Lima Pires, que atua na coordenação do GAPA, desde que foi fundado, até a contemporaneidade.

Têm seus trabalhos voltados à população de baixa condição sócio-econômica, procurando agilizar acesso às informações dos serviços públicos, por evidenciar aspectos deficitários, sobretudo, na saúde e assistência. A presidente da instituição, Carla Almeida relata que:

Ao longo dos quase 30 anos de enfrentamento no Brasil e no mundo ficou comprovado que a AIDS é muito mais que uma infecção pelo HIV, ela é uma epidemia político-social diretamente relacionada a determinantes e condicionantes sociais, tais como: preconceito, discriminação, estigma, desinformação, violações de direitos, falta de acesso à saúde com qualidade. (...) Ações puramente biomédicas não atendem as demandas das populações mais vulneráveis à epidemia e não são consoantes com a dinâmica da AIDS na atualidade³⁶.

A organização ainda esclarece que as dificuldades de manutenção da casa onde o GAPA/RS funciona há mais de vinte anos, é a reflexão da ausência de política voltada para epidemia, a pouca importância que o Estado e a própria sociedade dão a epidemia nos dias atuais.

No dia 03 de Abril de 2014, esta casa completou 25 anos de fundação. Como marco dessa data foi lançado pela instituição a campanha “A casa está caindo, mas nós continuamos de pé”, como uma forma de chamar atenção para discutir as novas diretrizes de enfrentamento da epidemia de Aids no Brasil.

Independente das dificuldades que o GAPA/RS enfrenta para desenvolver suas ações, a entidade continua atuando em espaços sociais de discussão e elaboração das políticas públicas de saúde, principalmente nos conselhos municipal, estadual e nacional de saúde. “Nossa proposta sempre foi de fiscalizar e cobrar do Estado ações e serviços

³⁵ Fonte: site oficial <http://www.gapasc.org/website/index.php/sobre-o-gapa-link/quem-somos-link> Acesso em 12 de Fevereiro de 2015.

³⁶ Idem, Ibidem.

públicos de saúde que atendam as demandas das populações mais afetadas pela Aids, Nossas ações nunca visaram substituir o Estado e sim provocá-lo para que de fato cumpra seu papel”, comenta Carlos Duarte, vice-presidente e membro do Conselho Nacional de Saúde.

Diante da realidade adversa, o GAPA/RS não pensa em comemoração e sim em desenvolver uma ação que provoque a sociedade gaúcha como um todo a repensar sua forma de enfrentamento da Aids, “lutando por uma saúde pública inclusiva, respeitando os Direitos humanos e na defesa de SUS público e de qualidade, como um direito de todos e dever do Estado”, complementa Carlos.

3.4 O Grupo Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids – Pela Vidda

Há registros³⁷ que o Grupo Pela Vidda/RJ foi consolidado em Maio de 1989, pelo escritor Herbert Daniel e um grupo de amigos. Os mesmos ressaltam que suas ações e atitudes tem ampla eficiência, pela determinação de voluntários e de profissionais comprometidos na luta contra a epidemia no país. São vários os sujeitos implicadas no cotidiano da organização, dentre usuários, voluntários e funcionários.

A exemplo da abrangência das ações desta entidade, nos últimos atos políticos de dezembro de 2007 a 2010, esta reuniu aproximadamente 1500 voluntários, com uma mobilização em torno de 5.000 pessoas a cada ano de evento. Como é uma instituição sem fins lucrativos, a subsistência do Grupo Pela Vidda provêm de financiamentos de instituições brasileiras e internacionais, atuante no movimento da saúde e no desenvolvimento social.

Mantém uma ampla parceria local de importância relevante, com organizações pela defesa da cidadania e por um serviço público de saúde com qualidade. Dentre seus objetivos específicos, destacamos a busca pela ruptura do isolamento da população vivendo com HIV/AIDS e a demolição do estigma ligado à doença; além de colaborar para reintegração das pessoas soropositivas no cotidiano social, pela defesa dos direitos com garantia de dignidade na vida social e tratamento em saúde.

O Grupo desenvolve várias atividades de auxílio mútuo em sua sede, para diferentes grupos específicos: mulheres, homens, jovens, travestis etc. De acordo com o publicado desde 1990, a organização oferece assistência jurídica gratuita para as pessoas

³⁷ <http://gpvnit.org.br/atividades/> Acesso em 12 de Fevereiro de 2015.

atingidas pela epidemia, tendo contribuído com mais de 3.500 indivíduos. Foi também o criador do primeiro serviço formal de informações telefônicas sobre o assunto no Brasil, o Disque-Aids Pela Vidda. Recentemente também ajudou a fundar o Fórum Estadual das ONGs no Combate à Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro (2003).

O Grupo Pela Vidda desenvolve além de diversas atividades de prevenção primária, e secundária, também atividades de capacitação, publicações de material informativo específico para os segmentos da AIDS, contribuindo para uma população esclarecida e mobilizada em relação aos temas que abrangem a epidemia.

Destacam-se entre outras ações, a promoção de oficinas, seminários de atualização sobre diversas temáticas ligadas diretamente ao combate à AIDS, incluindo seminários internacionais, como também, o Grupo Pela Vidda do Rio de Janeiro e Niterói, foram responsáveis por realizar a maior conferência comunitária formal sobre HIV/AIDS na América Latina: o XI Encontro Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA). Esse encontro ficou conhecido como Vivendo, realizado em-setembro de 2002, no Rio de Janeiro, tendo como subtema a questão: “Tá tudo dominado?”. Expressão que foi bem difundida nos bailes funk dos subúrbios cariocas e bem conhecida primeiramente no Rio de Janeiro, atualmente em todo país. Essa expressão traduz o desejo de uma reflexão sobre as condições em que se encontram as pessoas afetada pela AIDS.

Durante o encontro, profissionais da área da saúde, ativistas de Organizações Não-Governamentais e soropositivos abordaram vários aspectos da epidemia, identificado dificuldades e colocando algumas soluções. Em todas as falas, uma certeza: não está tudo dominado. Existem muitos problemas a serem superados, basta uma pequena reflexão para entender que grandes deficiências precisam ser supridas para que a AIDS seja considerada uma doença sob controle.

3.3 Breves reflexões sobre a organização no combate ao HIV/AIDS

Pontua-se que no contexto dos movimentos sociais suas diferenças são visíveis, através das características que cada um apresenta, com o processo de desenvolvimento relacionado às condições e circunstâncias de surgimento de cada coletivo à sua institucionalização na condição de Organizações Não Governamentais - ONGs, limitando uma área específica de formação de identidades que as diferem uma de outras formas de organização, especialmente de associações, como os sindicatos e as agremiações religiosas ou políticas.

Ramos (2004) coloca que a inquietação de alguns é o fato das ONGs não possuírem fins lucrativos, sem serem filantrópicas; atuar politicamente sem ser partidário; serem não governamentais, mas, estando diretamente cooperando com o Estado, constituindo a caridade e o assistencialismo. A autora destaca também outros aspectos ligados à origem das organizações não governamentais, como a sua habilidade de proliferações sobre os assuntos, estabelecendo vínculo com entidades e organismos internacionais, como Agência, Programas e Fundos do Sistema das Nações Unidas, com especial destaque aos processos incentivados pelo Ciclo de Conferências Sociais da ONU que aconteceram na década de 1990.

A autora ressalta também que as fundações e as agências privadas de cooperação internacional pertencem a esse universo e contribuem para o crescimento do papel que as ONGs vêm exercendo no contexto político mundial, cuja função foram cruciais para inserir pautas contemporâneas na agenda de construção de políticas públicas. No Brasil é inegável que a construção da resposta para o enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS partiu da mobilização dos movimentos sociais.

Porém, recentemente em Setembro do ano 2014, Malu Damázio, da Rádio Brasil Atual (RBA)³⁸ publicou na revista “Saúde e Ciência” um documento, possuindo relevante discurso. Tal documento descreve que em dez anos de combate às DST perde eficácia e os Movimentos querem diálogo, o mesmo documento sintetiza que na última década, as políticas públicas nacionais de combate e prevenção a doenças sexualmente transmissíveis (DST), aids e hepatites virais tiveram sua eficácia diminuída. A ausência de campanhas nacionais de prevenção e informação direcionadas às populações de risco e o preconceito velado ao tratar publicamente de sexualidade estão entre as principais críticas feitas por pesquisadores e movimentos sociais com atuação na área. A estagnação nas políticas públicas voltadas às DST e ao HIV colocam em xeque a imagem do Brasil como referência mundial no tratamento da Aids, conquistada, principalmente, com a inclusão do seu tratamento no Sistema Único de Saúde, em 1992.

Apesar do aumento de portadores de HIV em tratamento com antirretroviral no Brasil, que passou de 165 mil, em 2002, para 353 mil, em 2013, e do investimento em testagem rápida de aids, o número de casos de HIV no país cresceu 11% de 2005 a 2013, na contramão do cenário global, em que os casos de infecção apresentaram redução de 28%. Os dados fazem parte de relatório divulgado em julho deste ano pelo Unaid,

³⁸ <http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2014/09/brasil-politica-de-co>. Acesso em 03 de Abril de 2015.

programa conjunto das Nações Unidas (ONU) sobre HIV/aids, que constatou, ainda, aumento de 7% de mortes pela doença no mesmo período.

A veiculação de campanhas informativas – principalmente as direcionadas às demais DST – ainda são um campo inexplorado pelo Ministério da Saúde. Hoje, as propagandas do órgão federal têm como objetivo a prevenção de todas as doenças sexualmente transmissíveis com incentivo ao uso de camisinha. “A população só tem acesso a mais informações se ela quiser procurar por isso. A gente não vê qualquer tipo de orientação na televisão e no rádio, a não ser na época do Dia Mundial da Aids [1º de dezembro] e no Carnaval, que é quando todo mundo se manifesta. Isso, sem falar nas campanhas que são vetadas”, argumenta o coordenador da ONG Pela Vidda (Valorização, Integração, Dignidade do Doente de Aids) SP, Murilo Duarte.

Tratar de sexualidade abertamente na televisão e no rádio, no entanto, pode ser bastante espinhoso. Na visão do chefe do setor de DST da Universidade Federal Fluminense (DST/UFF), Mauro Leal Passos, editor do Jornal Brasileiro de DST, a deficiência de campanhas de prevenção e orientação está intrinsecamente relacionada aos costumes morais da sociedade. Para ele, a maioria dos brasileiros evita discutir temas-tabu, como sexualidade, e isso se reflete na postura dos órgãos governamentais e das empresas ao realizarem e patrocinarem campanhas publicitárias sobre o assunto.

O ser humano tem necessidade biológica de relações sexuais, mas trabalhar em DST e em sexualidade não é a mesma coisa que trabalhar com câncer da mama, por exemplo. Ninguém quer "colar o nome". As empresas querem associar a marca a esportes e em beleza. À sexualidade ninguém quer. Você não consegue patrocínio nem um artista famoso que queira fazer campanha contra uma doença venérea. No Outubro Rosa (campanha contra o câncer de mama), até avião foi pintado de rosa. Você viu alguma coisa ligada à DST? Alguém vai pintar um avião para dizer 'esse avião protege contra a gonorreia'?, questiona.

O coordenador do Grupo PelaVidda-SP Murilo Duarte pontua que a falta de informação sobre as DST está diretamente ligada à religiosidade e ao preconceito com relação à população e ao comportamento de risco, como gays, travestis, profissionais do sexo e a poligamia, uma vez que a maioria das religiões cristãs apresenta posição desfavorável e, em alguns casos, condenatória, com relação aos relacionamentos homossexuais, como defende Murilo.

O coordenador da Pela Vidda-SP acredita que não existam, hoje, campanhas em grande número, direcionadas a nichos específicos de transmissão e contágio de HIV e DST, porque boa parte dos brasileiros ainda se sente “invadida e afrontada por uma propaganda aberta”, que fale diretamente sobre práticas sexuais desses grupos. “A maior parte dessas pessoas que apresenta resistência é, infelizmente, a que está mais vulnerável,

mais sujeita a se contaminar por falta de uma informação mais direta e mais clara”, lamenta.

Já na visão da psicóloga Maria Amélia Portugal, pesquisadora da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), a situação dos últimos anos com as DST é resultado da falta de diálogo do governo com movimentos sociais que promovem ações de prevenção, acolhimento e orientação dos infectados. “É um governo surdo, porque, nele, os movimentos sociais falam e não são ouvidos. É uma decepção inacreditável do ponto de vista político de gestão e a administração tem sido de um autoritarismo impressionante. A gente pode tentar evitar retrocessos, mas não conseguimos avanços”, afirma.

Historicamente, os avanços no tratamento da aids e DST no Brasil foram alcançados, segundo Maria Amélia, porque os órgãos governamentais se abriram à sociedade civil e construíram programas de acesso à saúde em conjunto com as entidades representantes de segmentos marginalizados. “Saúde é uma questão política, assim como a sexualidade. Saúde não é corpo, é social. Qual corpo está fora da sociedade? O Brasil tem população e território enormes e existe uma demanda cada vez maior por direitos sociais. É preciso uma política pública que atinja as pessoas do Oiapoque ao Chuí já que nós propagamos do ponto de vista nacional e internacional, que saúde é um direito.”³⁹

³⁹ <http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2014/09/brasil-politica-de-co>. Acesso em 03 de Abril de 2015

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Aids chega no Brasil no período da redemocratização, momento de forte mobilização da sociedade civil, oprimida e perseguida durante os anos de ditadura militar, quando muitas lideranças políticas foram massacradas por reivindicarem liberdade, igualdade e justiça social. Os primeiros casos nacionalmente de pessoas infectadas com o vírus HIV foram diagnosticados pelo sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE) no estado de São Paulo, no ano de 1982.

A patologia até tão desconhecida parecia ser uma doença rara, que acometia determinados seguimentos da população que denominaram como “Grupo de risco” ou como “peste gay”, dentro desse grupo restrito estava os homossexuais, os profissionais do sexo, e usuários de drogas injetáveis, que segundo, Rua e Abramovay (2001, p.39), essa forte discriminação e segregação que passaram os seus portadores, pontuou consequência negativas tanto âmbito social, como nas formulações de políticas públicas.

Do ponto de vista epidemiológico, as políticas de prevenção ficaram restrita aos ditos “grupos de risco” deixando a outra esfera da população ao campo aberto a disseminação do vírus por entender que elas não estão incluso no determinado grupo. Portanto contribuiu com o enraizamento do preconceito que acompanha a epidemia nas diferentes sociedades, e com a disseminação do HIV/AIDS para diferentes áreas do país, alcançado pessoas das mais variadas orientações sexuais, com uma visão centrada que a responsabilidade é do indivíduo, que passa a ser segregado no grupo social devido à condição de soropositivo.

A lentidão do Estado em dar uma resposta eficiente, constitui em uma mobilização da sociedade civil na luta contra epidemia, o que originou as organizações aqui analisadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARROYO, M. G. Pedagogias em movimento – o que temos a aprender dos Movimentos, Sociais. Rev. Currículo sem Fronteiras, v.3, n.1, pp. 28-49, Jan/Jun 2003. Disponível em: <<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol3iss1articles/arroyo.pdf>> acessado em 15 de Junho de 2014.

BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard, org. Sexualidades pelo Averso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro / São Paulo: IMS-UERJ / Editora 34, 1999.

BASTOS FI. Volte para o lugar de onde saiu: monitorando a pandemia da Aids no século XXI. Cien Saude Colet 2008; 13(6): 1719-1727. [[Links](#)]

BEHRING, Elaine Rossetti. Política Social:fundamentos e história / Elaine Rossetti Behring, Ivanete Boschetti.- 9.ed . –São Paulo: Cortez, 2011 – (Biblioteca básica de Serviço Social;v. 2)

BEHRING, Elaine Rossetti(.Contra- Reforma, No **Brasil**)**LIVRO ESTÁ EM CASA**

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde Suplementar / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2002.

BRASIL. IBGE. Censo Demográfico: primeiros resultados da amostra. Rio de HIV/Aids.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de DST/AIDS. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Aprovado Terceiro Acordo de Empréstimo do Programa Brasileiro de DST/Aids. Brasília; 2003. [[Links](#)]

BRASIL. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Perguntas_e_respostas_sobre_HIV_aids.pdf> acessado em janeiro de 2015.

_____. Coordenação Nacional DST/ AIDS. <http://www.aids.gov.br>, 2003.

_____. Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST/Aids. Políticas e Diretrizes das DST/Aids entre mulheres. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

_____. Departamento de Ações Programáticas Estratégias – Área. Técnica da Saúde da Mulher. <http://www.aids.gov.br>, Ações para Garantir.

uma Maternidade Segura. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Resposta +: a experiência do programa brasileiro de AIDS. Brasília, 2002.

- _____. Cidadãs Posithivas. Brasília, fev., 2003.
- _____. Indicadores e dados básicos. Brasília, 2000.
- _____. Política Nacional de DST / AIDS. Brasília. 1999. Coordenação das Nações Unidas no Brasil. www.onu-brasil.org.br acessado em 20 de dezembro de 2014.
- BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete. [et al], (orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2006.
- _____. In VASCONCELOS, Ana Maria de [et al], (orgs). Saúde e Serviço Social. São Paulo, Cortez, 2006.
- BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: MOTA, Ana Elizabete. [et al], (orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2006. p. 197-217.
- CAMARGO KR Jr. As ciências da Aids e a Aids das ciências: o discurso médico e a construção da Aids. Rio de Janeiro: Relumbe Dumará; 1994.
- CARVALHO, Sérgio Resende. Saúde Coletiva e Promoção à Saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. Fev. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (versão preliminar), Campinas, São Paulo.
- COHN, Amélia. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In COHN, Amélia, ELIAS, Paulo. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 3ª ed. São Paulo: Cortez/Cedec, 1999. p. 13-57.
- CORREA, Maria Valéria Costa. Saúde: Descentralização e Democratização. In: Textos Técnicos para Debates. III Conferência Estadual de Saúde de Alagoas. CES/ SESA/ AL, 1996.
- COUTINHO NC. Gramsci: um estudo sobre o pensamento político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999.
- DANIEL H. Vida antes da morte. Rio de Janeiro: Jaboti; 1989. [[Links](#)]
- DAGNINO E. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: Dagnino E, organizador. Anos 90 - Política e sociedade no Brasil. Brasília: Brasiliense; 1994.
- FACCHINI R. Sopa de Letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
- FERRARI A. Revisando o passado e construindo o presente: o movimento gay como espaço educativo. Rev Bras Ed 2004; 25:105-115. [[Links](#)]
- GALVÃO J. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA; 2000.

_____. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA; 2000. [[Links](#)]

_____. Aids: a "doença" e os "doentes". Rio de Janeiro: Comunicação do ISER; 1985; 4(17):42-47. [[Links](#)]

GIL MCR. Aids e políticas públicas: a contribuição das Ongs/Aids do Estado do Paraná na construção de políticas públicas através do exercício da cidadania [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2006.

GOHN, Maria da Glória Marcondes. Movimentos Sociais e Educação. 4. Edição – São Paulo: Cortez, 2001. (Coleção Questões da Nossa Época; v.5).

GONH MG. O protagonismo da sociedade civil: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias. São Paulo: Cortez; 2005. [[Links](#)]

_____. Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos. 6ª ed. São Paulo: Loyola; 2007.

_____. Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos. 6ª. Edição, São Paulo: Loyola, 2008 apud PEREIRA, 2010.

GRANGEIRO, A., LAURINDO DA SILVA, L., TEIXEIRA, P. R. Resposta à Aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. Rev. Panam Salud Pública. 2009; 26(1): 87–94. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n1/13.pdf>> acessado em 05 Maio de 2014.

HELLER, Agnes. O Cotidiano e a história. Tradução: Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. 4 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra 1992.

KLEIN C, Galvão J, Terto V Jr, Parker R. A Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids: um histórico institucional. In: Parker R, Terto V Jr, organizadores. Solidariedade: a ABIA na virada do milênio. Rio de Janeiro: ABIA; 2001. p. 87. [[Links](#)]

MATTOS RA, Terto V Jr, Parker R. As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil. Coleção ABIA: Políticas Públicas e AIDS; 2001. [[Links](#)]

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma, Emerson; ONOCKO, Rosana (Orgs.). Práxis em salud: um desafio para lo público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. p. 197-228.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). Distritos sanitários: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993. p. 19-92.

MERHY Emerson. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: Hucitec, 1991.

PARKER R. Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA: Zahar; 1997. [[Links](#)]

PEREIRA, Jimenez Adriana. A Sociedade Civil Organizada no Enfrentamento da Aids no Município de São Paulo. Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo no Mestrado em Ciências, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-23062010-094333/pt-br.php>> acessado em 10 de Maio de 2014.

PEREIRA CAM. O impacto da AIDS, a afirmação da "Cultura Gay" e a emergência do debate em torno do "masculino" - fim da homossexualidade? In: Terto Jr V, Pimenta C, Parker R, Almeida V, Rios LF, organizadores. Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde. Rio de Janeiro: ABIA; 2004.

ROCHA FMG. Política de prevenção ao HIV/Aids no Brasil: o lugar da prevenção nessa trajetória [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999. 27p. [[Links](#)]

SADER, Eder e PAOLI, Maria Célia. Sobre "Classes Populares" no Pensamento Sociológico Brasileiro. In: DURHAM, Eunice e CARDOSO, Ruth. A Aventura Antropológica: Teoria e Pesquisa. 4ª. ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1986, p. 39- 67.

SADER E. Quando novos personagens entraram em cena: experiências e luta dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-1980). Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1988.

SALUM MJL. Políticas Sociais Públicas, sua integração no projeto do Estado e a organização dos serviços de saúde. [mimeo]. São Paulo: Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP; 1996.

SILVA CRC. A politização da dor e indignação de pessoas que vivem ou convivem com o HIV/AIDS: a participação política em uma ONG como forma de fortalecimento psicossocial [tese]. São Paulo: Faculdade de Psicologia Social da Universidade de São Paulo; 2004. [[Links](#)]

SILVA CL. ONGs/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. Cad Saude Publica 1998; 14(2):129-139. [[Links](#)]

SOUZA, J. F. Educação Popular Enquanto uma Pedagogia, Movimentos Sociais Populares Lócus Educativo. In: ALMEIDA, M. L. P., JEZINE, E. (Orgs.). Educação e movimentos sociais: novos olhares. Campinas, SP: Editora Alínea, 2007, p. 123- 153.

SOUZA MA. Movimentos sociais no Brasil contemporâneo: participação e possibilidades no contexto das práticas democráticas. In: Anais do VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais; 2004; Coimbra, POR. VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais - A questão social no novo milênio. 2004; Coimbra: CES; v. 1, p. 1-16.

TARROW S. El poder en movimiento: los movimientos sociales, la acción colectiva y la política. 2ª ed. Madrid: Alianza Editorial; 2004

TERTO Jr. VR Reinventando a vida: histórias sobre homossexualidade e Aids no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1997.

YASBECK, Maria Carmelita. As relações entre questão Social. In: Seminário: Questão Social na Contemporaneidade, PUC, SP, p.1-13, jun.2002.