



“A AIDS MUDOU DE CARA”:

memória coletiva e novas oportunidades

para o ativismo da AIDS no Brasil

Caroline Landau*

Resumo Este artigo trata da análise da construção da memória coletiva do ativismo contra o HIV/AIDS no Brasil, desenvolvido a partir de entrevistas com quinze ativistas de São Paulo. Neste artigo, examina-se a percepção de um “enfraquecimento” da luta contra a AIDS desde os anos 1980/90, os chamados “anos heroicos”, quando se estabeleceu um ativismo poderoso e público que conseguiu angariar conquistas importantíssimas no tratamento de pessoas que vivem com HIV/AIDS. Mostra-se que o chamado atual “enfraquecimento” do movimento não considera a emergência de novos caminhos menos visíveis para enfrentar a AIDS, que já não requer o mesmo tipo de ativismo dos “anos heroicos”. Conclui-se que esses novos caminhos – o tratamento universal de pessoas que vivem com HIV/AIDS, a incorporação da prevenção do HIV/AIDS em sistemas de atendimento básico de saúde e o surgimento de novas redes de ativistas – nem sempre são considerados “ativismo”, justamente em razão da memória coletiva do ativismo contra a AIDS, que ainda enfatiza as glórias, os métodos e as conquistas dos “anos heroicos”.

Palavras-chave AIDS; memória coletiva; ativismo; novos caminhos de ativismo; São Paulo.

“A AIDS MUDOU DE CARA”: COLLECTIVE MEMORY OF AIDS ACTIVISM IN BRAZIL AND NEW OPPORTUNITIES FOR SIDA ACTIVISM

Abstract *This article examines the construction of the collective memory of SIDA activism in Brazil, through interviews conducted with fifteen activists in São Paulo. The article contextualizes a perceived “weakening” of the fight against SIDA since the 1980s/90s, known as the “heroic years”, a period that developed a powerful and*

* Graduada em História pela Brown University (EUA), bolsista do programa Fulbright, 2009-2010.

public activism that advanced successfully in the treatment of people living with HIV/SIDA. The article argues that the so-called “weakening” of the movement does not take into consideration new, less visible methods of activism that have arisen to fight SIDA, which no longer requires the same type of activism as that of the “heroic years”. The article concludes that these new methods – universal treatment of people living with HIV/SIDA, the incorporation of HIV/SIDA prevention in primary care, and the rise of new activist networks – are not always considered to be “activism” precisely because of the construction of the collective memory of the movement, which still emphasizes the conquests of the “heroic years”.

Keywords SIDA; collective memory; activism; new methods of activism; São Paulo.

ATIVISMO DA AIDS E MEMÓRIA COLETIVA: UMA INTRODUÇÃO

Um editorial publicado em 2008 pela ONG de São Paulo Pela VIDA (Pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids) reconheceu que, apesar de muitos avanços no tratamento e na prevenção do HIV/Aids no Brasil, “há, por parte das ONGs e ativistas, uma sensação coletiva de exaustão, de que foi alcançado um certo limite” (SCHEFER; FULANETTI, 2008)¹. A realização do “certo limite” pode ser atribuída, em grande parte, à força tradicional do ativismo não governamental da Aids no Brasil (GALVÃO, 2000; PASSARELLI; TERTO JR., 2003)².

O país, há muito, já ganhou a luta pelo acesso irrestrito³ ao tratamento da Aids (terapia antirretroviral altamente eficaz, denominada HAART daqui para frente), desde a aprovação da Lei Sarney, em 13 de outubro de 1996.

A Lei Sarney determina que o sistema de saúde público do Brasil (Sistema Único de Saúde, denominado SUS daqui em diante) deve distribuir a HAART sem custo para todas as pessoas que necessitarem (SALAZÁR, 2006; PARKER; GALVÃO; BESSA, 1999, p. 192). Esse medicamento, pago pelos impostos federais, tem sido sustentado, em parte, pela produção massiva do Brasil de drogas genéricas de HAART, em um desafio jurídico às patentes das empresas farmacêuticas multinacionais.

1 Como as Organizações Não Governamentais da Aids geralmente recebem fundos extensivos do governo, é importante definir o termo “ONGs da Aids” aqui. A seguir, a descrição simplificada oferecida pela antropóloga médica e ativista da Aids Jane Galvão: “Uma entidade fundada para se dedicar exclusivamente à Aids” (GALVÃO, 2000, p. 43).

2 O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) causa a Síndrome da Deficiência Autoimune (Aids), que inclui um amplo espectro de enfermidades físicas que, ao final, são fatais. O termo “HIV-positivo” denota que alguém está carregando o vírus HIV, mas não desenvolveu totalmente a Aids.

3 Algumas barreiras que impedem o acesso absoluto da HAART podem incluir vergonha em procurar o tratamento, falta de acesso em áreas remotas do país e falta ocasional de medicamentos.

O Brasil, que, em 2009, manteve sua prevalência de HIV em apenas 0,6%, é geralmente considerado um país com uma história de sucesso na luta contra a Aids (NUNN et al., 2009a, p. 1.103). Porém esse sucesso não conta a história toda. Em 2009, o Ministério da Saúde brasileiro publicou um boletim epidemiológico que listava 11.523 mortes em 2009, decorrentes de complicações da Aids, uma média de trinta e uma mortes por dia. Trata-se de um número assustador, especialmente se considerado esse contexto de triunfo (BRASIL, 2009, p. 14).

Como o boletim revela, a Aids está longe de desaparecer do Brasil. Essa estatística indica não apenas o trabalho que há pela frente na prevenção e no tratamento da Aids, mas também a “sensação coletiva de exaustão” dos ativistas que, apesar de terem realizado um trabalho incansável durante anos, ainda encontram sérios desafios.

Nos últimos anos, surgiram preocupações no que concerne ao ativismo da Aids no Brasil, muitas das quais são difíceis de serem estabelecidas com fatos concretos: as novas políticas são fugazes; a meta do ativismo da Aids foca agora apenas a manutenção do que já foi alcançado; e existe uma escassez de novos ativistas extraordinários (BOER et al., 2009). Aqueles que reclamam de um “enfraquecimento” na luta contra a Aids no Brasil se valem de estatísticas para fundamentar seus receios.

No Brasil de hoje, existem menos marchas para defender os direitos e as necessidades das pessoas com Aids (identificadas, daqui para frente, como PCA); a infecção de HIV em menores de dezoito e maiores de cinquenta anos está aumentando (BRASIL, 2008, p. 16); o diagnóstico e o tratamento tardios do HIV/Aids continua contribuindo para a mortalidade, que poderia ser evitada; a falta intermitente de drogas ameaça as pessoas que confiam na HAART; um grande crescimento no número de ONGs da Aids – passando de apenas uma, em 1985, para as 695 registradas no Ministério da Saúde atualmente (DEPARTAMENTO DE DST E Aids, 2010) – levou a incidentes de brigas internas e à falta de colaboração (ENONG, 2005, pp. 62-66); as ONGs da Aids passam constantemente por crises, inclusive falta de fundos e de pessoal (SCHEFFER, 2010, em informação verbal).

Novos problemas estão também emergindo. Algumas vozes líderes, inclusive a do atual ministro da saúde, José Gomes Temporão, acreditam que o SUS deveria ser privatizado, o que poderia pôr em risco o acesso universal à HAART, cujo preço vem aumentando continuamente (DIÁRIO DO NORDESTE, 2007; VELOSO, 2009, em informação verbal). Casos de transmissão criminosa do HIV estão aumentando no sistema judiciário, os quais têm o potencial de ressuscitar o forte preconceito contra as PCA (BELOQUI; PEREIRA, 2009).

O senso de frustração e exaustão coletiva expressado pelo editorial do *Pela VIDA* ecoou em múltiplas formulações, entre outros ativistas. Essa retrospectiva atribulada é talvez melhor resumida pelo tom de um artigo publicado em 2005, por Jorge Beloqui, ativista de longa data e secretário da ONG-GIV, Grupo de Incentivo à Vida (São Paulo), em resposta à grave falta de tratamento naquele ano. Ele lamenta:

Que saudade de épocas de brilho das gestões municipais como a de Santos, que em janeiro de 1996 iniciou o fornecimento de terapia tríplice, ou a de Campinas, que seguiu em março desse mesmo ano! Que longe estamos de épocas de compromisso das gestões estaduais como a de 1995, quando o Programa de Aids do Estado de SP realizou uma compra de emergência de Ganciclovir devido à falta deste medicamento anunciada pelo governo federal, ou de novembro de 1996, quando decidi fornecer a terapia tríplice, em parte forçado pela quantidade de sentenças judiciais que o obrigavam a este fornecimento. Isto nos leva ao tema do ativismo e da organização de nosso movimento. Uma palavra sobre as representações junto aos governos: nunca participamos tanto de órgãos colegiados, sejam eles consultivos ou decisórios. E nunca antes tivemos uma crise de acesso à prevenção e aos ARVs como agora. É necessário refletir sobre a qualidade dessa participação: participamos das decisões realmente importantes? Qual é a qualidade desses órgãos? Qual é a qualidade de nossa participação? Será que participar do Estado é como perseguir o horizonte, procurando cada vez mais instâncias? Como ficará nossa organização autônoma, ainda muito fraca? (BELOQUI; PEREIRA, 2009, p. 21).

O saudosismo de Beloqui (2009) por uma época que passou de um ativismo mais útil e de uma participação melhor organizada sugere que o ativismo da Aids de hoje está enfraquecido, incapaz de confrontar novos obstáculos com o mesmo brio que possuía. Enquanto este artigo admite que o ativismo da Aids no Brasil viu grandes mudanças desde sua emergência nos anos 1980, essas mudanças não equivalem a um desgaste das maneiras que alguns de seus membros temem. De verdade, este artigo discute que a atitude de derrota expressada por alguns ativistas obscurece e obstrui as novas formas do ativismo da Aids que estão aparecendo.

Alguns ativistas proeminentes têm discutido teses similares, e muitos que foram entrevistados para a produção deste artigo concordam que as mudanças no ativismo não se traduzem necessariamente com um enfraquecimento coletivo (SCHEFFER, 2008). Alguns até desafiaram o termo “enfraquecimento”. Como disse, por exemplo, José Carlos Veloso, atual vice-presidente da primeira ONG de Aids

do Brasil, GAPA-São Paulo (Grupo de Apoio para a Prevenção da Aids): “Eu acho que não é esfriamento, enfraquecimento... É outra necessidade, outro cenário da Aids no país, político, econômico... As questões são mais, assim, digamos, individualizadas” (VELOSO, 2009, em informação verbal).

Mas, se é verdade que o ativismo da Aids não se enfraqueceu, então, quem é responsável por essa postura generalizada de derrota? Este artigo agrega múltiplas formas de ativismo que estão emergindo e fornece uma moldura – da memória coletiva – para melhor entender por que essas preocupações vieram à tona.

“Memória coletiva”, um termo criado pelo sociólogo francês do século XX, Maurice Halbwachs, explica fenômenos, como o ativismo da Aids, que testemunham “uma corrente de pensamento contínuo cuja continuidade não é nada artificial, pois retém do passado apenas o que ainda vive ou é capaz de viver na consciência de grupos mantendo a memória viva” (HALBWACHS, 1980, p. 80, em livre tradução). A memória coletiva é a construção de um movimento ou evento, com base na aglomeração de experiências de seus participantes individuais, que, juntos, fazem o todo coletivo (CRANE, 1997, p. 1.380).

Este artigo procura entender a memória coletiva do ativismo da Aids no Brasil, de seu começo aos dias atuais, indo à fonte da memória coletiva do ativismo da Aids no país: entrevistando atores individuais. Este artigo discute que os fundadores brasileiros do ativismo da Aids guardam uma memória coletiva do movimento como uma força heroica. Em parte, é essa memória coletiva do passado glorioso que obscurece o sucesso do ativismo mais novo, o qual é mais sutil em sua execução e parece não cumprir as realizações mais urgentes do passado.

Entre agosto de 2009 e março de 2010, conduziram-se entrevistas com quinze ativistas líderes civis na cidade de São Paulo, todos com conhecimento histórico profundo e/ou afinidades profissionais e pessoais com o movimento⁴. Esses quinze ativistas representam vozes fortes das ONGs de Aids mais influentes, nascentes do movimento jovem, dos meios de mídia, dos institutos de pesquisa e dos fornecedores médicos em São Paulo. Foram escolhidos ativistas da sociedade civil, em vez de representantes do governo, porque o primeiro ímpeto para o ativismo da Aids no Brasil começou na sociedade civil, e, como tal, a análise da questão sob a perspectiva da sociedade civil permite o exame mais longitudinal de sua memória coletiva.

4 O único entrevistado que não era da sociedade civil foi Renato Barboza, o qual trabalha para o Instituto de Saúde de São Paulo. Já que Barboza trabalhou por muitos anos na prevenção e no tratamento da Aids na sociedade civil, antes de juntar-se ao Instituto de Saúde, ele foi incluído entre os entrevistados.

A escolha de São Paulo como local para esta pesquisa tem várias razões. Primeiro, é a área metropolitana mais populosa do Brasil, com uma grande gama de iniciativas de ativismo da Aids. Segundo, seus ativistas são bem conectados com o movimento nacional da Aids e acompanham os trabalhos internos dos grupos da Aids nos governos estaduais e federais. Terceiro, São Paulo é a municipalidade com a história mais longa de luta contra a Aids no Brasil, em parte porque tem sido o lar do maior movimento gay no período imediatamente anterior à Aids, de 1979-1983, dessa maneira, recorrendo aos ativistas experientes do direito gay nas primeiras iniciativas do ativismo da Aids. Assim o antropólogo médico Richard Parker explica:

Que... uma resposta [contra a Aids] emergiu primeiro no Estado de São Paulo, muito antes que qualquer ação tenha sido tomada na esfera federal [ou em outros estados brasileiros], o que, com certeza, é devido a um número de fatores. Não apenas estavam os primeiros casos de Aids concentrados pesadamente em São Paulo, mas também era o principal centro de um movimento de liberação gay emergente no Brasil e, assim, uma das poucas áreas com um eleitorado capaz de aplicar pressão política para ação em relação à epidemia emergente. Talvez ainda mais importante, em razão de um único momento na história política brasileira, em plena época do que foi conhecido como abertura... São Paulo teve bastante sorte de ter um governo que era talvez único, querendo ouvir as pressões vindas da sociedade civil e responder-lhes (PARKER, 2003a, p. 147, em livre tradução).

O governo do Estado de São Paulo, de fato, foi tão sensível à sociedade civil que começou a tratar muitas PCA, pelo menos seis anos antes que o resto do Brasil (NUNN et al., 2009a, p. 25), sob a direção do Dr. Paulo Teixeira, que se tornaria o diretor do Programa Nacional de DST/Aids do Brasil de 2000 a 2003⁵. Diferentemente do resto do Brasil, em São Paulo o ativismo se fez público na sociedade civil, também porque recebeu a colaboração de projetos governamentais voltados para a Aids. Por essa razão, escolheu-se conduzir as entrevistas com os ativistas da Aids da sociedade civil em São Paulo, com a esperança de que eles produzissem uma imagem mais completa da memória coletiva do ativismo da Aids.

Como será discutido a seguir, as circunstâncias da epidemia da Aids no Brasil têm mudado drasticamente, em razão dos muitos avanços tanto com relação à

5 Agora denominado Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

prevenção e ao tratamento do HIV/Aids quanto à mudança da demografia das PCA. O ativismo teve, assim, de se adaptar às novas circunstâncias.

Para estudar o ativismo de hoje, primeiramente examinou-se, de forma rápida, a história do ativismo da Aids no Brasil. Depois, explicou-se por que o ativismo da Aids precisava mudar e descreveram-se as características do novo ativismo da Aids. Por fim, concluiu-se que, apesar de o atual ativismo da Aids ser menos visível, e seus resultados serem mais discretos, ele é um tremendo sucesso em sua forma de atuação.

UMA BREVE HISTÓRIA DO ATIVISMO DA AIDS NO BRASIL

No Brasil, a Aids emergiu em meio a um complicado processo de redemocratização – denominado “abertura” – que foi desenhado para liberar o Brasil das garras de uma ditadura militar da direita repressora, que durou vinte e um anos (1964-1985) (GALVÃO, 2002, p. 9)⁶. O governo militar, ao ignorar sistematicamente os problemas sociais, criou uma larga fenda entre a sociedade civil e o governo. Não é, portanto, uma surpresa que, ainda em 1986, Jonathan Mann, o antigo chefe do programa global da Aids da Organização Mundial de Saúde, expressou-se sobre o que os brasileiros viviam: “No Brasil, como no resto da América Latina, o governo ainda acredita erroneamente que a Aids não é um grande problema” (RIDINGS, 1986, em livre tradução).

Em grande parte, a complacência inicial do Brasil na luta contra a Aids pode ser ligada às associações homofóbicas que se fazem da doença. Como em outras partes do Ocidente, as primeiras mortes relacionadas à Aids no Brasil ocorreram entre homens brancos gays, que viviam nas áreas urbanas, de classe média e alta, que provavelmente se contaminaram durante as férias em grandes cidades americanas que tinham populações gays consideráveis. Os homens gays foram rapidamente considerados um dos primeiros “grupos de risco” para contraírem e disseminarem o HIV. Ademais, desde o início, a Aids foi considerada uma doença gay, chamada pela mídia de “praga gay” ou “câncer gay”.

Em regra, a população heterossexual foi, erroneamente, considerada livre de risco. Além disso, o Brasil estava em busca de compreender a natureza biológica

⁶ Acredita-se que o primeiro caso de Aids no Brasil tenha acontecido em 1980. Mas 1983 é o ano que muitos estudiosos usam como referência cultural para a primeira aparição da Aids no país, uma vez que o seguinte fato marca o primeiro caso público da doença: o famoso desenhista de moda brasileiro Marcos “Markito” Vinicius Resende Gonçalves morreu de complicações decorrentes da Aids na cidade de Nova Iorque.

complexa do vírus HIV, ao mesmo tempo em que estava focado em conter outros problemas de saúde pública – má nutrição, esquistossomose e doença de Chagas – que os profissionais de saúde priorizavam em detrimento da Aids (JORNAL DO BRASIL, 1985a).

Sem uma resposta governamental decisiva no início, segmentos da sociedade civil se organizaram para exigir direitos de tratamento médico apropriado e justo para as PCA e garantir seus direitos civis.

O movimento da Aids que emergiu também contou com problemas. A repressão de vários movimentos sociais durante a ditadura militar também limitou a atuação dos grupos de direitos dos gays que estavam apenas começando a florescer quando a Aids emergiu. Apesar de os grupos de direitos dos gays terem alcançado papel importante no ativismo da Aids no Brasil, eventualmente, se eles tivessem prosperado até sua capacidade plena, durante os anos negros da ditadura, eles provavelmente teriam sido duplamente efetivos na luta contra a Aids no país:

Em países como Austrália, Grã-Bretanha e Estados Unidos, a preexistência de uma gama de instituições comerciais gays e organizações políticas para os direitos dos gays contribuiu para uma resposta rápida e comunitária para a epidemia [da Aids]. A falta geral de tais estruturas preexistentes no Brasil (e de outros países da América Latina)... significou que... uma resposta foi lenta para tomar forma e causar um impacto. Tanto no Brasil quanto nesses outros países, a mobilização das comunidades gays e de homens sexualmente ativos – homossexuais e bissexuais – dos maiores centros urbanos do país começou a aparecer quase que inteiramente como resultado de esforços dos grupos políticos gays e de organizações a serviço da Aids, conforme estes emergiam do final dos anos 1980 até o começo dos anos 1990 (PARKER, 2003b, p. 317, em livre tradução).

Ainda assim, a combinação complexa da Aids com a abertura política produziu alguns resultados surpreendentes. Primeiro, a simbiose inicial entre o programa da Aids do Estado de São Paulo e a sociedade civil pôde ser traçada em parte pela necessidade oportuna de exibir o sucesso da redemocratização: “Com o retorno ao regime civil... tornou-se fundamental para o Estado... enfatizar seu caráter democrático. Isso fez com que fossem abertos espaços de interlocução com a sociedade civil, como os conselhos ou as propostas de orçamento participativo” (FACCHINI, 2005, p. 52).

Depois, a própria Aids ressuscitou o movimento dos direitos dos gays. De repente, os homens gays, que eram marginalizados e discriminados por sua

sexualidade supostamente incorreta, acharam que a Aids exacerbava estigmas preexistentes. A Aids pôs as comunidades gays em evidência indesejável, mas, ao mesmo tempo, conferiu ao movimento pelos direitos dos gays um alvo preciso.

Os homens gays precisavam lutar contra um governo negligente que ignorava a morte de seus cidadãos. Assim, a disseminação rápida inicial da Aids pela população gay do Brasil “preencheu, em poucos meses, o papel delicado e importante que o movimento gay havia tentado por anos em vão; e isso mostrou à nação inteira que os homossexuais não viviam em outro país, mas em cada esquina do Brasil” (TREVISÁN, 1986, p. 67, em livre tradução).

Os grupos gays continuariam a florescer após o surgimento da Aids. Alguns grupos gays desenvolveram rápidas reações à Aids, como o caso do grupo Outra Coisa, de São Paulo, que distribuiu folhetos informativos sobre a prevenção do HIV/Aids já em 1983 (GALVÃO, 2002, p. 9)⁷. Entretanto, a Aids continuou a se espalhar pelo Brasil, e as fracas estruturas dos grupos gays não eram suficientes para combater a epidemia. Novas organizações apareceram para lidar especificamente com a Aids (PARKER, 1993, p. 25). Fora de São Paulo, a tensão vestigial dos anos da ditadura gerou uma desconfiança entre governo e sociedade civil (PEDROSA, 1998, p. 13). Logo, as ONGs envolvidas com a Aids entenderam que sua verba era muito limitada, e seu âmbito de atuação, muito estreito para evitar que a Aids se espalhasse por todo o país. Elas começaram, então, a pressionar o governo para que se posicionasse contra a Aids.

Entretanto, a tarefa de quase todas as ONGs da Aids se tornou o “controle social”, um termo que, no ativismo da Aids, designa o fato de o governo ser “responsável pela implantação de seus compromissos de política pública” (NUNN, 2009, p. 68, em livre tradução). A meta do ativismo da Aids “nunca foi simplesmente fornecer serviços de saúde, mas, preferencialmente, pressionar o Estado a fazer seu trabalho e supervisionar ou ‘controlar’ as atividades e políticas do Estado” (DARRAH, 2005, p. 20, em livre tradução).

Existem muitos exemplos de ativistas da Aids indo para as ruas, nos primeiros anos, para exercitar o controle social. Em 1988, ativistas no Rio de Janeiro penduraram uma faixa em que se lia: “Solidariedade à Aids”, na famosa estátua do Cristo Redentor.

Em 1989, eles formaram piquetes nos escritórios da empresa aérea brasileira Varig, protestando contra a discriminação dos trabalhadores HIV-positivos.

⁷ Deve ser notado, entretanto, que a distribuição de panfletos do Outra Coisa foi alvo de controvérsia mesmo entre os ativistas gays, pois alguns acreditavam que a Aids havia sido criada como uma forma de terrorismo contra a homossexualidade (SIMÕES, 2010, em correspondência pessoal).

Em 1991, eles colocaram uma “camisinha” gigante no obelisco, no centro do Rio de Janeiro, a fim de promover o sexo seguro (PARKER; TERTO JÚNIOR, 2001, p. 30). Em São Paulo, a boa supervisão governamental geralmente permitia que o ativismo da sociedade civil fosse mais sutil. Os ativistas, por sua vez, mantiveram campanhas na mídia, procurando elevar a conscientização sobre a Aids, tanto que, em uma propaganda de 1991, advertiam os usuários de drogas sobre os riscos de transmissão vertical (a transmissão que ocorre de mãe para filho) (FOLHA DA TARDE, 1992).

No final dos anos 1980, a pressão constante das ONGs da Aids contribuiu para transformar a resposta dada pelo Brasil à Aids. Em primeiro lugar, a forte união entre os órgãos governamentais e a sociedade civil se transformou em uma marca brasileira. Um exemplo dessa união foi a criação, em 1992, de um escritório especial dentro do Programa Nacional de DST/ Aids, exclusivamente voltado à colaboração com ONGs da Aids (GALVÃO, 2000, p. 126). Depois, em 1988, o Brasil promulgou uma nova Constituição Federal democrática, às vezes denominada “Constituição Cidadã”, que criou o SUS para fornecer serviços de saúde como um direito universal de todos dentro das fronteiras do Brasil, por meio de um sistema descentralizado e participativo. Depois, o então Presidente Fernando Henrique Cardoso assinou a Lei Sarney, em 1996, distribuindo a HAART gratuitamente pelo SUS (SALAZÁR, 2006, pp. 22-27).

Na sequência, em 2007, o Brasil oficialmente emitiu uma licença compulsória (quebrou uma patente) de uma empresa farmacêutica produtora de HAART, a fim de fabricar drogas genéricas mais baratas para serem distribuídas pelo SUS (GALVÃO, 2002, p. 23; BRAZIL, 2007).

Uma das principais razões que conferiu à sociedade civil capacidade de pressionar o governo para tomar passos decisivos foi a alta visibilidade do próprio ativismo. As PCA precisavam da atenção da mídia de massa para aumentar a solidariedade e disseminar informações. A necessidade de apoio público na luta contra a Aids era urgente; as PCA estavam morrendo em números surpreendentes, com pouca atenção médica ou mesmo pouco apoio financeiro e vivendo como “bombas-relógios” ambulantes entre seus compatriotas saudáveis (ISTOÉ, 1985b, p. 34).

O maior grupo a ser afetado primeiramente pelo HIV/Aids, os homens gays, já possuía experiência em organização de massa e podia contar com suas redes sociais para apoiá-lo. Além disso, o ativismo era necessariamente visível por causa das marcas corporais do HIV/Aids – perda rápida de peso, bochechas fundas e lesões de pele preto-arroxeadas decorrentes da doença oportunista do sarcoma de Kaposi –, fazendo com que as PCA não tivessem como se esconder. Se quisessem agir, teriam de mostrar seus rostos.

Um número de estudiosos sugeriu periodizações da epidemia da Aids no Brasil. A antropóloga e médica Jane Galvão ofereceu uma linha do tempo particularmente criteriosa (GALVÃO, 2002). De 1981 a 1982, a Aids foi descrita como um “mal de folhetim” – uma doença explodindo fora do Brasil, estrangeira, ameaçadora, desconhecida e letal.

Galvão data a primeira menção da Aids na mídia brasileira como 3 de agosto de 1981, que precedeu a explosão da Aids no Brasil (GALVÃO, 2002, p. 53). De 1983 a 1984, a Aids parou de ser um “mal de folhetim”, uma vez que chegou ao Brasil e se tornou um problema nacional, tendo em vista que havia o interesse de disseminar informações mais confiáveis sobre a transmissão do HIV.

Isso tudo é exemplificado nesse período pela criação do Programa de Aids de São Paulo, em 1983. De 1985 a 1989, edificaram-se os “anos heroicos” dos ativistas da Aids de sucesso, o que ocasionou, por exemplo, a criação do Programa Nacional de Aids e o término da comercialização de sangue contaminado. Isso foi seguido nos anos de 1990 a 1992, época de polarização e transição em razão das mudanças no cenário político. Os anos de 1993 a 1996 foram palco da implantação de um novo modelo de gerenciamento da epidemia, centrado em uma abordagem governamental. Como faz a maioria dos estudiosos na área, Galvão termina sua periodização em 1996, quando o Brasil começou a distribuir a HAART por meio do SUS.

O que merece atenção especial na análise de Galvão são os “anos heroicos” do ativismo da Aids, período que a autora define como sendo entre 1985 e 1989. É precisamente nesse período que as ações anti-Aids mais visíveis aconteceram, porém o ativismo continuou muito depois dos “anos heroicos”.

Considera-se que é exatamente em razão dessa imagem glorificada do ativismo e da idealização gerada a partir dele que alguns ativistas de hoje acreditam que o movimento tenha se enfraquecido. De fato, quando indagados sobre as mudanças mais significativas no movimento da Aids nas últimas décadas, os entrevistados listaram eventos que se enquadram, majoritariamente, dentro da rubrica dos “anos heroicos”, com a principal exceção de alguns avanços no tratamento após 1996.

Ao examinar suas respostas, cinco categorias abrangentes de avanço foram identificadas: 1. a redução da onda inicial de discriminação de PCA (tais como a recusa de tratar PCA, evitar qualquer contato corporal com elas e usar linguagem prejudicial associada com a Aids), graças à identificação do vírus HIV e de um influxo de novas informações sobre sua transmissão (LEVI, 2009, em informação verbal); 2. o controle dos bancos de sangue para prevenir contaminação por transfusões sanguíneas, especificamente a proibição da comercialização de sangue no Brasil, em 1988 (FERNANDES, 2009, em informação verbal; LEVI, 2009, em infor-

mação verbal; ANÔNIMO, 2009, em informação verbal; GALVÃO, 2002, p. 11); 3. os avanços no tratamento de PCA e a resultante diminuição na mortalidade, além da melhora da qualidade de vida, alcançados inicialmente com a introdução da primeira droga antirretroviral (AZT) em 1988, mas, mais tarde, graças ao advento da HAART, à criação do SUS e à entrada em vigor da Lei Sarney (VELOSO, 2009, em informação verbal; FERNANDES, 2009, em informação verbal; PAIVA, 2009, em informação verbal; CASANOVA, 2009, em informação verbal); 4. o reconhecimento de que os “grupos de risco”, tais como homossexuais e prostitutas, eram falsos, como evidenciado pela disseminação rápida do HIV/Aids pela “população em geral”, pois, em vez de se isolarem os “grupos de risco”, mudou-se o foco para os “comportamentos de risco”, tais como sexo sem proteção e compartilhamento de agulhas hipodérmicas (BARBOSA, 2009, em informação verbal; FERNANDES, 2009, em informação verbal; PINHEIRO, 2009, em informação verbal); 5. os avanços na prevenção primária, tais como campanhas em massa e distribuição, reidentificação e aumento da disponibilidade de camisinhas (FERNANDES, 2009, em informação verbal; BARBOZA, 2009, em informação verbal)⁸.

O fato de que alguns ativistas continuam a idealizar os “anos heroicos” quase duas décadas após seu término é problemático. Os “anos heroicos”, sem dúvida, trouxeram importantes mudanças quanto à visibilidade do ativismo da Aids, porém terminaram, e o ativismo continua vivo e importante.

O ATIVISMO DA AIDS MUDOU DE CARA

O ativismo da Aids não poderia reter a alta visibilidade de seus “anos heroicos” por muitas razões. Algumas delas são devidas às mudanças políticas ocorridas no Brasil na época, o que foge ao escopo deste artigo, que, por sua vez, delinea as razões administrativas, médicas e sociológicas que mudaram o ativismo. Como os entrevistados recitaram repetidamente, quase como um refrão, “a Aids mudou de cara”. A Aids no Brasil hoje, diferentemente de seu início, pode ser tratada como qualquer outra doença crônica com quedas íngremes na mortalidade, qualidade de vida melhorada para as PCA e redução nas manifestações físicas do HIV/Aids.

O HIV/Aids afeta pessoas de todos os grupos sociais, todas as raças, religiões, cores, municipalidades e de todos os credos. Se é verdade que a Aids “mudou de cara”, o ativismo da Aids também teve de mudar.

⁸ A prevenção primária se refere às estratégias de prevenção dirigidas ao público HIV-negativo, em oposição à prevenção secundária, que neste caso seria a prevenção do HIV para que ele não se transforme em Aids.

MUDANÇAS SOCIAIS E DEMOGRÁFICAS

Como regra geral, a participação em movimentos sociais atrofia com o tempo, porque é difícil manter seu vigor depois que passa o choque inicial causado pelo mal social ou, como resumido pelo cientista político Thomas R. Rochon (1988, p. 174, livre tradução): “O problema com todas as alianças de movimentos... é como manter o compromisso firme, uma vez que os sons persuasivos de uma marcha de milhares se tornou um eco distante”. Isso é especialmente verdadeiro na luta contra a Aids, tendo em vista que muitos líderes deixaram o movimento. Alguns morreram, outros mudaram para outras causas, alguns recuaram em razão do desgaste emocional e alguns simplesmente se aposentaram.

Como o ativismo da Aids produzia retornos cada vez menores com o decorrer do tempo, os ativistas se desencorajaram, e os ganhos são quase imperceptíveis. Quando associado, por exemplo, ao avanço radical da distribuição da HAART sem custo pelo Sus, em 1996, qualquer outro progresso pequeno, porém importante, empalidece por contraste.

A dispersão do HIV/Aids em segmentos da sociedade além das redes gays relativamente coesas e bem organizadas também implicou a dificuldade de mobilização⁹. Como a Aids passou a se espalhar para as populações mais pobres e fora dos centros das cidades, afetando cada vez mais mulheres e jovens, muitas PCA novas se viram sem recursos, tempo ou motivação para lutar (CASANOVA, 2009, em informação verbal)¹⁰. Essas mudanças demográficas, acompanhadas de mudanças radicais em comunicação – especialmente o crescimento da internet, em particular em sites de rede sociais –, tornaram a mobilização cara a cara mais rara e mais difícil. Mesmo em instâncias de mobilização cara a cara, o influxo constante de informação faz com que seja difícil manter a atenção dos produtores de notícias.

MUDANÇAS MÉDICAS

O desenvolvimento de novas drogas de tratamento do HIV/Aids prolonga a vida das PCA. Como os avanços no tratamento diminuíram o índice de mortalidade imediata e melhoraram a qualidade de vida das PCA, a urgência da mobilização

⁹ Dentro dos grupos gays, entretanto, tem havido um renascimento do ativismo da Aids, como evidenciado em conferências financiadas pelos governos estaduais e federais que unem as causas gays e as que são relacionadas à Aids (GREEN, 2010, em correspondência pessoal).

¹⁰ Apesar de que, além do escopo deste artigo, existem algumas pesquisas recentes questionando a veracidade das tendências de interiorização e pauperização. Por exemplo, a fonte principal dos dados epidemiológicos sobre HIV/Aids no Brasil, o *Boletim Epidemiológico*, não inclui renda.

do movimento diminuiu. As visíveis marcas físicas da doença nos corpos das PCA diminuíram. Como não mais são segregados pelas lesões corporais ostracizantes do sarcoma de Kaposi ou pela perda rápida de peso, muitas PCA viram que elas podiam adotar uma vida mais calma, sem oferecer seus rostos e histórias ao movimento. Existe um incentivo pequeno para se perder o anonimato por uma causa que continua a ser estigmatizada (BARBOSA, 2009, em informação verbal).

A diminuição da visibilidade do movimento é causada, em parte, por seus sucessos médicos iniciais. Por volta de 1996, por exemplo, a sociedade civil já havia alcançado muitas de suas metas iniciais: o Ministério da Saúde estabeleceu seu Programa Nacional de DST/AIDS em 1986; os órgãos governamentais brasileiros tinham se juntado às ONGs da AIDS para distribuir camisinhas gratuitamente; campanhas para prevenção censuravam a discriminação contra as PCA; e o governo realizou a distribuição de HAART para todos as PCA que necessitavam (GALVÃO, 2002, p. 11).

MUDANÇAS FINANCEIRAS/BUROCRÁTICAS

Áurea Abbade, presidente atual do Gapa-São Paulo, oferece outra explicação para a diminuição da militância do ativismo da AIDS. Muitas ONGs da AIDS são tão gratas ao governo por fornecer às PCA os recursos de que precisam para terem uma vida mais longa e saudável que elas têm medo de pressionar o governo por mais avanços, para que não percam o que já batalharam tanto para ganhar (ABBADE, 2010, em informação verbal).

Alguns dos recursos aos quais Abbade se refere vieram com os empréstimos do Banco Mundial:

Em 1993, o Banco Mundial aprovou um empréstimo de \$160 milhões para o Projeto de Controle da AIDS e doenças sexualmente transmissíveis do Brasil, conhecido como AIDS I. O empréstimo foi distribuído entre 1995 e 1998. O governo brasileiro adicionou a essa soma outros \$90 milhões, totalizando \$250 milhões para um projeto de quatro anos, o qual foi aprovado em novembro de 1993 (NUNN, et al., 2009a, p. 64, em livre tradução).

O AIDS I gerou o AIDS II, em 1998, outro empréstimo do Banco Mundial que sustentou programas da AIDS até 2002 (NUNN, et al., 2009a, p. 100). Como mencionado, uma das marcas do compromisso ativo da sociedade civil na luta contra a AIDS tem sido a importante parceria construída com os órgãos governa-

mentais. Trabalhando de acordo com o Programa Nacional de DST/AIDS, o pedido de empréstimo do Brasil ao Banco Mundial separou uma grande parte da verba para projetos de prevenção das ONGs, refletindo a situação privilegiada das ONGs da AIDS. Em um país que, em 1985, possuía apenas uma ONG da AIDS (Gapa-São Paulo), o Brasil conseguiu chegar a manter um total surpreendente de 795 ONGs da AIDS, no período do AIDS I e II, em sua folha de pagamento, graças ao influxo dos fundos do Banco Mundial (NUNN, et al., 2009, p. 176).

A incorporação bem-sucedida da sociedade civil na distribuição do empréstimo do Banco Mundial culmina, de certa maneira, em muitos anos de trabalho árduo dos ativistas. Entretanto, o outro lado dos empréstimos do Banco Mundial conta uma história mais sombria. De acordo com o Dr. Guido Carlos Levi, infectologista e antigo diretor técnico do Instituto de Infectologia do Hospital Emílio Ribas, o influxo rápido de dinheiro criou um clima de competição entre as ONGs da AIDS. Levi atesta que o influxo de fundos estimulou a fundação de organizações com objetivos oportunistas, apesar de ser difícil comprovar tal alegação:

Quando as ONGs começaram a se dedicar a este assunto [de tratamento e prevenção da AIDS], era realmente uma dedicação por idealismo, por ajudar as pessoas da mesma tribo, do mesmo grupo, etc. Depois, teve um aspecto econômico. Primeiro, o governo começou a patrocinar muito essas [ONGs]. Então, começou a ter disputas dentro das ONGs, pendendo o dinheiro do governo. Então, há algum tempo, nós chegamos a ter isso, dez anos atrás, tinha 250 ONGs dedicadas à AIDS, recebendo, em total, naquele tempo, teria sido um total de 520 bilhões de reais por ano em patrocínio do governo. Que a maioria não fazia nada... Não havia uma análise crítica de quem precisava, de quem não precisava desse dinheiro (LEVI, 2009, em informação verbal).

A Dra. Maria Eugênia Lemos Fernandes, infectologista e diretora executiva da Associação Saúde da Família, concorda que o movimento perdeu um pouco de seu ânimo inicial e o espírito colaborativo em razão da natureza individualista de pedir verba ao governo, mesmo que os projetos financiados pelo Ministério da Saúde permitissem que uma resposta mais cara fosse dada à AIDS e distribuíssem os recursos de forma mais democrática (FERNANDES, 2009, em informação verbal).

O influxo de fundos, apesar de ser inegavelmente e criticamente importante para a sobrevivência e o sucesso dos programas da AIDS no Brasil, adulterou a força da sociedade civil, ao fomentar a competição onde antes existia a colaboração e

ao estabelecer padrões ainda mais altos, já que os ativistas deveriam ser mais técnicos e detalhistas.

Renato Barboza, pesquisador científico do Instituto de Saúde, reforça a profissionalização crescente no campo do ativismo da Aids, discutindo que existe uma barreira para a entrada de uma nova onda de ativistas. De acordo com Barboza (2009, em informação verbal):

Mas como nós temos uma realidade em que este terceiro setor entra no Brasil como mercado de trabalho também, você tem uma profissionalização dessas ONGs. Essa profissionalização acabou enfraquecendo o que era na essência uma militância. Eu acho que aquela ideia central de *advocacy*, de ativismo mais como causa e menos como projeto... isso foi enfraquecido, porque nós temos que incorporar a linguagem, incorporar as ferramentas de trabalho. Tiveram que... fazer curso de especialização em gestão do terceiro setor, capacitação de recursos, elaboração de projetos... e lógico que você tem ONGs com diferentes perfis. ONGs com perfil mais técnico, de militância, de cuidado, casas de apoio, ajuda mútua. São diferentes perfis, mas todo o mundo concorre no mesmo patamar nesses editais. E, lógico, aquelas que são mais preparadas dentro dessa linguagem acabam se saindo melhor, com desempenho melhor. Não que sua militância seja melhor que a outra.

A profissionalização crescente do ativismo da Aids pode ser também atribuída à maior complexidade da prevenção e do tratamento da doença, já que os pesquisadores encontraram novos caminhos e sugestões para o tratamento do vírus. Além disso, como os ativistas brasileiros estão envolvidos no debate internacional sobre o acesso universal à HAART, espera-se que muitos deles falem outras línguas e acompanhem a pesquisa de outros países. Como o conceito e o vocabulário se tornam cada vez mais técnicos e interligados para se adaptarem à internacionalização do mercado, torna-se mais caro, difícil e demorado treinar novos ativistas (BARBOZA, 2009, em informação verbal).

Quando a verba que entrava cessa, o resultado é negativo. O Banco Mundial, que agora classifica o Brasil como um país de classe média alta, desenvolveu uma nova política de empréstimo, que “é mais integrada entre setores, afastando-se de apoio que seja de setor único” (FURTADO, 2004, p. 2, em livre tradução). Em outras palavras, o Banco Mundial não designa mais fundos para projetos especificamente direcionados ao HIV/Aids no Brasil. Da mesma maneira, o Fundo Global de Luta Contra Aids, Tuberculose e Malária rejeitou, nos últimos dois ciclos de fundos, as

propostas brasileiras para fortalecer as respostas da sociedade civil à epidemia (Not, 2010).

A diminuição dos investimentos estrangeiros empurrou a criação de alguns fundos dentro do próprio governo brasileiro, para compensar essa lacuna. Mário Scheffer, atual presidente do Pela VIDA-São Paulo, acredita que os fundos governamentais enfraqueceram os produtores de pauta da sociedade civil. Scheffer constrói uma periodização alternativa do ativismo da Aids que caminha paralelamente ao criado por Galvão. O primeiro período que ele delinea vai dos anos 1980 até 1994, um período de “ativismo de emergência”, no qual existia pouco ou nenhum tratamento adequado disponível para PCA brasileiras.

Os anos de 1994 até 2005 foram de “ativismo de conquistas”, nos quais os ativistas puderam contar com avanços tangíveis, especialmente no que se refere ao tratamento. Scheffer chama esse período de 2005 até o presente de “ativismo do governo”.

O “ativismo governamental” de Scheffer reconhece que o auxílio dado pelo governo ao ativismo da Aids dominou tanto a trajetória das respostas à Aids como tornou quase nula a autonomia da sociedade civil. Muitos antigos ativistas do setor sem fins lucrativos passaram a ocupar cargos no governo. Os fundos governamentais ditam quais projetos devem ser executados pelas ONGs, e as “ONGs [são] cada vez mais absorvidas e afogadas em uma pauta que não é delas” (SCHEFFER, 2010, em informação verbal).

Em outras palavras, Scheffer acredita que a simbiose pela qual os ativistas lutaram nos “anos heroicos” passou dos limites, deixando o movimento deficiente de um caráter próprio.

REPENSANDO O ATIVISMO DA AIDS NO BRASIL

Os “anos heroicos” do ativismo da Aids terminaram por uma razão: quando o choque inicial das mortes relacionadas à Aids, à negligência e à desinformação diminuiu, aquela geração de ativismo agressivo que havia corrido paralelamente também diminuiu. Contudo, se as metas do ativismo são corrigir o que está errado e exigir justiça, então, os métodos para alcançar tais metas são potencialmente ilimitados (PARKER, 1994, p. 97).

Renato Barboza (2009, em informação verbal) define o ativismo da Aids efetivo na sociedade civil como

aquele que está em consonância com os problemas e aquele que enxerga e consegue jogar luz, vocalizar questões importantes e tem estratégias de pressão do

poder público e também apresenta respostas... é um processo que precisa ter várias frentes, categorias, gradientes para poder ter sucesso.

Algumas das “frentes, categoria e gradientes” que Barboza menciona atraíram historicamente menos atenção que outras, mas estão crescendo em sua relevância.

Ao analisar as quinze entrevistas, foram propostas três categorias amplas de novos ou rejuvenescidos ramos do ativismo da Aids no Brasil: 1. reconhecer necessidades e oportunidades para o tratamento como prevenção; 2. engajar a prevenção primária em atendimento básico; e 3. alcançar novas populações de ativistas. Algumas dessas ações enumeradas são específicas do cenário brasileiro, enquanto outras são adaptações de respostas globais.

Os ativistas concordam que os meios para alcançar resultados dependem parcialmente das mesmas estratégias de sempre, como as de mobilização cara a cara e visibilidade, os quais precisam ser fortalecidos por todos os meios.

Ainda existem outros métodos de ativismos que continuam fortes, tais como processos jurídicos, divulgação de informação e encontros com membros do governo. Assim, não se pretende que a apresentação desses novos ramos do ativismo seja lida como uma lista de desafios ao movimento da Aids, mas, ao contrário, como os passos de novas maneiras de retardar a disseminação do HIV/Aids e deixar claro para o público os meios de disseminação.

RECONHECENDO A NECESSIDADE E AS OPORTUNIDADES PARA O TRATAMENTO COMO PREVENÇÃO

Os avanços mais ousados no movimento brasileiro da Aids giraram principalmente em torno das questões de tratamento, geralmente à custa do foco na prevenção (PINHEIRO, 2009, em informação verbal; Paiva, 2009, em informação verbal; Barboza, 2009, em informação verbal). O tratamento, porém, é também uma forma de prevenção, de acordo com a Dra. Vera Paiva, professora de psicologia e pesquisadora do Núcleo de Estudos para Prevenção da Aids.

Paiva atesta que: “quando você trabalha com uma pessoa com HIV/Aids e garante que ela não transmita, que ela esteja bem aconselhada, você está fazendo prevenção” (PAIVA, 2009, em informação verbal).

Essa abordagem, que une o tratamento efetivo para PCA com a educação sexual, tornou-se o ponto central da luta contra a Aids como uma solução para ambos: o tratamento e a prevenção. Além disso, um estudo suíço publicado em 2008 afirma que, quando as PCA estão sob tratamento apropriado por pelo menos seis meses,

monitorado por um médico, não possuem nenhuma outra doença sexualmente transmitida e contam com uma quantidade indetectável do HIV no fluido corporal (“carga viral”), eles não transmitem o HIV (BERNARD, 2008). Esse estudo oferece uma surpreendente forma para retardar a disseminação do HIV/Aids: seguir as orientações de um tratamento adequado (BERNARD, 2008).

Apesar de o Brasil estar bem à frente da maioria dos países no alcance do acesso universal à HAART, existem algumas outras formas para o “tratamento como prevenção” que o Brasil ainda deve empregar de modo sistemático. Incluem: profilaxia, que é o tratamento médico contra o desenvolvimento da doença; a pós-profilaxia HAART, destinada às pessoas que foram expostas ao HIV, como em situações como estupro e acidentes ocupacionais; a pré-profilaxia HAART, ainda em estágios experimentais, destinada para aqueles que antecipam a exposição ao HIV, tais como os casais soro-discordantes (casais em que um parceiro é HIV-positivo, e o outro, HIV-negativo) ou profissionais da saúde.

Os ativistas veem a redução da carga viral e a profilaxia como possíveis novas vias de “tratamento como prevenção”. Assegurar que o SUS possua os recursos necessários para gerenciar os pedidos de profilaxia poderia reduzir as infecções por HIV a longo prazo, o que diminuiria o custo total do tratamento do HIV/Aids e fortaleceria a prevenção da transmissão vertical (de mãe para filho). A luta pela profilaxia é complexa, em decorrência da quantidade de pesquisa limitada. Avanços súbitos em pesquisa não são prováveis, tendo em vista as dificuldades de se conduzirem testes controlados de algo tão precário como a profilaxia de pré-exposição.

Vozes estão se levantando para exigir a exploração desses métodos de prevenção alternativos, porque os antigos – isto é, o uso da camisinha – claramente não estão mostrando resultados adequados. Em uma população que é, em grande parte, bem informada sobre a importância de se fazer sexo com camisinha, mas ainda continua a não usá-la, fica claro que algo está errado¹¹.

Os ativistas oferecem explicações para isso. Rodrigo Pinheiro, atual presidente do Fórum das ONGs de Aids de São Paulo, atesta que “o acesso do preservativo é muito burocrático. Em algumas ONGs você tem que preencher documento. Com preservativo, a pessoa tem que pegar preservativo e ir embora!” (PINHEIRO, 2009, em informação verbal). José Carlos Veloso vê o problema sob o enfoque comportamental:

11 De acordo com a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAp), publicada em 2008 pelo Ministério da Saúde, mais de 95% da população brasileira sabe que usar camisinha é a melhor maneira de prevenir o HIV/Aids (DEPARTAMENTO DE DST E Aids, 2008).

Ninguém gosta de usar preservativo... Você vê certa parcela que não usa preservativo. Pode ser por conta de estar de saco cheio, as pessoas não têm desejo... [que é] mais forte que a obrigação. E essa própria coisa de ser proibido... A sexualidade é infinita, complicada. Desde a coisa do desejo, tesão, cada um tem o seu. As pessoas vão... viajam com isso. Então, as pessoas querem sentir prazer correndo risco. Quando você salta de paraquedas, o que é que você faz? Sentir prazer correndo risco. A gente não entende que trepar sem preservativo é prazer correndo risco? É! Então, eu acho que hoje a gente tem que entender isso de forma um pouco diferente... Olha, camisinha é o único meio seguro de prevenir HIV/Aids, mas as pessoas querem correr o risco tendo prazer. A gente tem que ter essa discussão com clareza e profundidade, entendendo que ter informação é prazer (VELOSO, 2009, em informação verbal).

A exortação do uso da camisinha parece estar caindo em ouvidos saturados. Após décadas exaltando as virtudes do sexo com camisinha, a mensagem não é mais comovente ou efetiva para certas populações, especialmente aquelas mais informadas, tais como os homens gays. Paiva, que está particularmente preocupada com o aumento da incidência de HIV/Aids nos jovens, culpa a mudança de atitude com o uso da camisinha:

[Esta] geração... é uma geração que não viu, não cresceu, não foi socializada com a camisinha como sendo uma emancipação. Foi socializada como sendo uma opressão da sexualidade de vocês. Obrigação. Na minha geração e nas gerações mais velhas, a camisinha era... uma oportunidade de continuar fazendo sexo, mesmo na presença do vírus HIV. Era emancipador. Se não, teria que praticar abstinência, monogamia e parar de transar. A liberdade sexual poderia continuar desde que você use camisinha. Era um conceito absolutamente emancipador. Agora não. Agora... vocês não viveram o período do medo gigantesco da Aids. Eu acho que o fato de a camisinha ser percebida como necessidade obrigatória, sanitária, é ruim e acho que vai atrapalhar um pouquinho a memória de como é emancipador usar a camisinha (PAIVA, 2009, em informação verbal).

Existe, obviamente, outro fator que contribui para o uso relaxado ou descuidado da camisinha, que é o próprio sucesso da HAART. Apesar da dificuldade de se medir a prevalência desse fenômeno, Marina de Almeida Barbosa, a antiga coordenadora de projetos do Pela VIDA-São Paulo, acredita que o aumento de oportunidades de tratamento se traduz em menor preocupação com a prevenção

(BARBOSA, 2009, em informação verbal). Ela acredita que isso é especialmente verdadeiro entre os jovens, que tendem a rejeitar a camisinha em relacionamentos quando eles confiam em seus parceiros, não importa o quão precária seja essa confiança.

O tratamento efetivo, que, de modo geral, extinguiu as marcas corporais que o HIV/AIDS antes produzia e que prolongou as vidas das PCA, teve duas consequências indesejáveis: primeiro, a falsa presunção de que pessoas com aparência saudável são HIV-negativas¹²; segundo, o conhecimento de que existe tratamento efetivo para HIV/AIDS (apesar de repleto de efeitos colaterais) tem, em alguns casos, impedido a prevenção. Nas palavras de Barbosa, uma atitude comum entre algumas populações é que “agora tudo bem se eu me infectar [com HIV], porque posso me tratar” (BARBOSA, 2009, em informação verbal).

As possibilidades de inovação para remediar o uso irregular da camisinha são limitadas. Uma opção é explorar as metodologias da “redução de risco”, que é um aspecto recém-ressuscitado do ativismo, que emprega métodos para diminuir o risco de contrair o HIV quando o principal meio de prevenção (uso da camisinha) não é utilizado. Algumas das formas de redução de risco mais discutidas são: a circuncisão masculina para homens que fazem sexo vaginal e a troca de agulhas para diminuir o risco de transmissão do HIV por agulhas hipodérmicas já usadas. Alguns ativistas continuam insistindo na investigação de outros possíveis ângulos.

Um ativista da Aids proeminente em São Paulo imagina uma maneira de reduzir o risco:

Então, quero falar às vezes: por exemplo, se quiser ejacular ou quer que ejacule por dentro de você, então, no ânus vai ter mais risco do que na vagina e na vagina vai ter mais risco que na boca. Então, se quiser dentro, melhor na boca! Agora tem risco, tudo bem, mas é menor que os outros. Agora pode ejacular em cima de você ou fora, tudo bem se não tiver ferido. Mas aí esse tipo de coisa... foi meio deixado para o lado (ANÔNIMO, 2009, em informação verbal).

Se um público já bem informado insiste em praticar sexo contra os conselhos dos defensores do sexo seguro, então, o argumento para reduzir o risco do “sexo inseguro” é válido¹³.

12 A exceção está entre os grupos que têm grande número de pessoas tratadas, especificamente os homens gays. *Serosorting* – identificar parceiros com base em sua sorologia – é praticado agora por aqueles que conhecem as marcas físicas dos efeitos colaterais, tais como a lipodistrofia, que a HAART pode causar.

13 Apesar de alguns estudos estarem disponíveis questionando a efetividade dessas práticas, existem algumas provas de que isso poderia ser uma rica via de pesquisa (PARSONS et al., 2005).

ENGAJANDO A PREVENÇÃO PRIMÁRIA NO ATENDIMENTO BÁSICO

Os ativistas concordam que a Aids não retém mais a atenção do público. Campanhas massivas, que poderiam alcançar grande público, vão para o ar duas ou três vezes por ano. Semelhante à afirmação de Paiva de que as mensagens que exaltam o uso da camisinha perderam sua força, é provável que o mesmo tenha acontecido com as campanhas em massa anti-Aids. De acordo com Rodrigo Pinheiro, “quando [a Aids] é falada, a gente tem percebido a questão da banalização da Aids, especialmente na população mais jovem” (PINHEIRO, 2009, em informação verbal).

Se as rotas tradicionais de prevenção por meio de campanhas massivas não são mais utilizadas ou efetivas, então, claramente chegou o tempo de se repensar algo básico como a prevenção primária. A Dra. Maria Eugênia Lemos Fernandes, bem como Renato Barboza, oferece o que acredita ser a melhor solução: incorporar a prevenção primária no atendimento básico. A razão fundamental é que discussões pessoais, cara a cara, entre médicos de família e seus pacientes espalharão a informação de maneira mais impactante do que ouvir um comercial passando na televisão.

No Estado de São Paulo, o SUS tem adotado tal programa sob a coordenação do Estado de DST/Aids, desde 2000 (BARBOZA, 2009, em informação verbal). De acordo com Barboza (2009, em informação verbal):

A rede básica é a estratégica para você fazer um diagnóstico precoce, acompanhar e não tratar a pessoa na rede básica, mas encaminhá-la para rede especializada... E nós temos sistemas híbridos também de organização dessas equipes... no estado. Esse é um grande desafio de DST/Aids, mas o caminho é esse, a diretriz é essa.... É o *locus*.

O maior obstáculo da prevenção em atendimento básico é óbvio: o paciente típico provavelmente sentir-se-á desconfortável conversando sobre prevenção de DST/HIV/Aids com um médico que ele vê com pouca frequência. É por essa razão que Barboza alude aos “sistemas híbridos” da organização do atendimento básico. Um sistema híbrido operando em São Paulo é a Associação Saúde da Família (daqui para frente denominada ASF). A ASF é uma ONG que possui um programa que oferece, de porta em porta, atendimento básico, em parceria com o Departamento de Saúde do estado e várias organizações filantrópicas internacionais. A ASF treina uma rede de equipes itinerantes de profissionais da saúde que vivem em comuni-

dades nas quais eles trabalham. Como esses profissionais da saúde são também vizinhos de seus pacientes, eles estabelecem um relacionamento de confiança que produz resultados de longo prazo na prevenção da transmissão do HIV, prevenindo, naqueles que já são HIV-positivos, o desenvolvimento do HIV para a Aids.

A ASF foi fundada em 1994, em parceria com o Ministério da Saúde, para fornecer cuidados de saúde primária para comunidades de baixa renda no Nordeste do Brasil. Após a ocorrência da diminuição de 50% na mortalidade infantil em regiões nas quais a ASF trabalhava, ela se expandiu para outras regiões do Brasil.

Os agentes de saúde comunitária da ASF atendem 96 milhões de brasileiros, em 5.125 municipalidades, de um possível total de 5.560 (FERNANDES et al., 2004, p. 44). A ASF trabalha com diversas iniciativas, inclusive a prevenção de DST/HIV/Aids. Em 2000-2001, o primeiro ano da implantação do projeto de prevenção de DST/HIV/Aids da ASF nas periferias da cidade de São Paulo, 70.000 mulheres e 20.000 adolescentes foram educados sobre a prevenção de HIV/Aids em consultas de atendimento básico de porta em porta. Quarenta mil camisinhas foram distribuídas.

A Dra. Fernandes acredita que a ASF é a "grande estratégia de cobertura dessas populações no Brasil" (FERNANDES, 2009, em informação verbal). Ela argumenta que não é só a incorporação da prevenção do HIV/Aids e do tratamento no atendimento básico de custos efetivos, mas sim que isso levaria à implantação das lições aprendidas no tratamento e na prevenção da Aids ao gerenciamento de outras doenças. Sua maior crítica ao Programa Nacional de DST/Aids é que seu sucesso não teve impacto em outros programas de saúde pública:

[O Programa Nacional de DST/Aids] é bem vertical. O que significa isso? As lições aprendidas no manejo da epidemia de Aids, nos avanços, a organização logística da distribuição dos medicamentos, o manejo da formação das ONGs, por exemplo, não repercutem em outros agravos da saúde pública, nem no Brasil nem em outros países. Por exemplo, tuberculose, malária, Chagas. Nós não temos essa transferência da tecnologia do programa (FERNANDES, 2009, em informação verbal).

A crítica da Dra. Fernandes sobre o Programa Nacional reflete não apenas a necessidade de melhorar outros programas de saúde pública, mas também um risco que o próprio Programa Nacional tem de isolamento. Por causa do enfraquecimento de seu sistema imunológico, as PCA têm alto risco de contraírem doenças

oportunistas. Uma das infecções oportunistas mais comuns e sérias do HIV/AIDS é a tuberculose, a causa líder de morte de PCA no mundo (TB, 2008).

O Dr. Guido Carlos Levi, que lamenta a escassez de drogas para tratar a tuberculose, acredita que existe uma falta de atenção dada a outros problemas de saúde pública sérios, provavelmente por “não ter hoje em dia ONGs fortes para defender pessoas com [doenças como] artrite reumatoide e tuberculose”, como existem para as PCA (LEVI, 2009, em informação verbal)¹⁴.

Se o ativismo da AIDS procura cuidar das necessidades de saúde a longo prazo das PCA, então, a incorporação de pessoal, os métodos de prevenção e o acesso ao tratamento em outros programas de cuidados de saúde são tão importantes quanto a incorporação de estratégias de prevenção de atendimento básico de saúde em programas da AIDS.

ALCANÇANDO AS NOVAS POPULAÇÕES DE ATIVISTAS

De todo o jeito, é difícil mobilizar uma nova geração de ativistas hoje. Desde que as ONGs de AIDS começaram a receber fundos significativos de fora, muitas pessoas se recusam a trabalhar sem renumeração. Algumas pessoas suspeitam que a AIDS exija menos atenção que outras causas que são vistas como mais imediatas e urgentes, tais como o aquecimento global ou a proteção ao consumidor (SCHEFFER, 2010, em informação verbal). Muitos ativistas se preocupam que a velha geração de ativistas dos “anos heroicos” deixem, em grande parte, o movimento, criando um vácuo de conhecimento. Paiva acredita que o treinamento de uma nova geração de ativistas, especialmente jovens, é importante para a longevidade e o sucesso do movimento, não apenas por causa do aumento da incidência do HIV/AIDS entre os jovens, mas também porque os jovens “sabem melhor que eu como mobilizar, nos termos de hoje, na luta contra a AIDS” (PAIVA, 2009, em informação verbal).

Aumentar o alcance do ativismo a uma nova geração é crucial não apenas para assegurar sua existência contínua, bem como para incorporar novas conquistas na memória coletiva do movimento. Nas palavras de um ativista, “tem que fazer isso também para que as pessoas sintam que fazem parte de uma história”, mesmo

¹⁴ É possível que a falta de ONGs da tuberculose seja decorrente, em parte, da sobreposição de número de sócios com as ONGs da AIDS. De acordo com o Fundo Global de Luta Contra AIDS, Tuberculose (TB) e Malária, “é 50 vezes mais provável que as pessoas que são HIV-positivas e infectadas com TB desenvolvam a doença ativa da TB em sua vida do que as pessoas que são HIV-negativas e infectadas com TB”, por causa do enfraquecimento do sistema imunológico das PCA (em livre tradução).

quando o envolvimento delas vier mais tarde (ANÔNIMO, 2009, em informação verbal).

Algumas organizações, tais como o Grupo de Incentivo à Vida (GIV), conduzem seminários de treinamento para novos líderes. Outros grupos oferecem educação vocacional interna para seu pessoal. Vários ativistas levantaram a necessidade de alcançar as novas populações de ativistas.

Esse item explora três exemplos de redes que foram estabelecidas recentemente para informar e incorporar previamente PCA difíceis de alcançar: a Agência Aids, a Cidadãs PositHIVas e a Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids.

A AGÊNCIA AIDS

Em maio de 2003, a jornalista Roseli Tardelli fundou a Agência Aids, com a meta de combater a ignorância sobre o HIV/Aids, por meio da disseminação de informações acessíveis. A Agência Aids (www.agenciaAids.com.br) é uma instituição de esclarecimento *on-line* da Aids que publica artigos sobre HIV/Aids de todo o Brasil, em um *website* centralizado e gratuito. Trabalhando em parceria com as ONGs da Aids, fóruns, jornalistas, ativistas e órgãos do governo, a Agência Aids serve como um canal central para acessar informação atualizada e precisa sobre HIV/Aids no Brasil. Com mais de dois milhões de visitas mensais, Tardelli acredita que a Agência Aids, ao facilitar a comunicação apropriada, tem um papel importante na prevenção do HIV/Aids (TARDELLI, 2010, em correspondência pessoal). Agora, trabalhando como editora executiva, Tardelli expandiu a Agência Aids para Moçambique e espera melhorar a interface do *website* no próximo ano.

A internet facilitou o acesso à informação rápida e fácil, transformando os *websites* sobre o HIV/Aids em fontes de vasta comunicação sobre a pandemia da Aids. Os dois milhões de visitantes da Agência Aids sublinham a importância e necessidade de informação de fácil acesso sobre a HIV/Aids, principalmente para as PCA que querem procurar conselhos sem colocar em risco seu anonimato ou tendo que deixar suas casas e seus escritórios. Um clique em um botão pode agora transferir a informação em segundos.

Enquanto a internet contribuiu sem dúvida para o declínio da mobilização cara a cara, agora que as notícias são espalhadas facilmente, sem a necessidade de um encontro frente a frente, ela passou a oferecer também novas oportunidades para redes sociais. A Agência Aids aproveita o aumento de redes sociais *on-line*, como

Facebook, Twitter, Orkut e MySpace, como ferramentas para agregar pessoas interessadas no assunto HIV/AIDS, muitas das quais não se encontrariam pessoalmente.

Ao postar um artigo listado pela Agência Aids em grupos de amigos *on-line* ou ao acompanhar e espalhar as rajadas de notícias da Agência, os leitores leigos podem se tornar transmissores de informações importantes em um instante.

CIDADÃS POSITIVAS

Em 2002, um grupo de mulheres que havia participado de uma conferência de mulheres latino-americanas dois anos antes decidiu formar uma rede brasileira de mulheres vivendo com HIV/AIDS. Com as metas de fornecer apoio mútuo, discutir os direitos das mulheres e administrar oficinas de prevenção de HIV/AIDS, nasceu a rede Cidadãs PositIVas. A Cidadãs PositIVas tem hoje aproximadamente dois mil membros originários de todas as regiões do Brasil que se encontram bianualmente para discutir seu progresso e os desafios, além de compartilhar histórias pessoais. Apesar de ser organizada de maneira flexível e relativamente nova, a Cidadãs PositIVas é a única rede nacional de seu tipo que assumiu a responsabilidade de discutir o assunto complexo das mulheres vivendo com HIV/AIDS.

O HIV/AIDS, inicialmente considerado uma doença de homens gays, agora afeta todo o mundo e cada vez mais as mulheres. O *Boletim Epidemiológico* de 2007 do Ministério da Saúde, por exemplo, mostra que a proporção homem-mulher de PCA cresceu de 15:1, em 1986, para 15:10, em 2007 (BRASIL, 2007, p. 12). Além de uma série de razões biológicas para a alta suscetibilidade das mulheres de contrair o HIV, muitas delas carregam fardos culturais¹⁵.

Muitas mulheres são acusadas de serem promíscuas ao admitirem que são HIV-positivas, e muitas mulheres heterossexuais que suspeitam que seus parceiros sejam HIV-positivos encontram resistência para eles admitirem isso. As mulheres que querem usar camisinha durante o sexo algumas vezes sofrem agressões, tanto físicas quanto emocionais, dos parceiros. O medo de possíveis retaliações por exigirem seus direitos sexuais faz com que muitas mulheres concordem com o sexo sem proteção; essas mulheres podem correr o risco de transmitir de modo vertical o HIV para seus filhos, durante a gravidez.

Por causa disso, as mulheres têm necessidades particulares, mas Silvia Almeida, representante interina da Cidadãs PositIVas de São Paulo, explica que

15 Essas vulnerabilidades biológicas incluem, por exemplo, a alta concentração (ou carga viral) no esperma e a finura e o rasgo do forro do canal vaginal.

essa é uma tarefa difícil: “Mulheres... têm muitos perfis e muitos outros desafios, além de Aids. Geralmente têm a casa, os filhos, marido, o trabalho.... Depois, se sobrar um pouquinho, elas se doam” (ALMEIDA, 2010, em informação verbal).

Como a Agência Aids, a Cidadãs PositHIVas reconhece o valor da internet para facilitar a comunicação, quando eventos cara a cara são inconvenientes. Assim, conduz reuniões por *e-mails*, e o grupo mantém um *blog* que permite às mulheres a troca de histórias – sejam elas sobre o HIV/Aids ou sobre a vida cotidiana, além de ter criado parcerias com outras redes, tanto no Brasil quanto no exterior.

Almeida (2010, em informação verbal) concorda que no grupo não há apoio financeiro para realizar grandes projetos, mas diz:

[A rede] não produz ativistas, mas ela resgata seres humanos. Mulheres conseguem se identificar como pessoas. A gente consegue trabalhar a autoestima dessa mulher... a gente consegue resgatar, tirar essa mulher da posição de vítima para a posição de ser ativa e cidadã mesmo. Isso é o que tem de mais importante da Cidadãs PositHIVas. Não importa se você faz uma ou dez reuniões. O que importa é que, naquelas reuniões, as mulheres conseguem ser senhoras de seus destinos.

Com uma clara visão do que as mulheres deveriam ser capazes de alcançar, a Cidadãs PositHIVas está criando uma base para uma maior participação feminina na luta contra o HIV/Aids.

REDE NACIONAL DE ADOLESCENTES E JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS

Em 2008, um grupo de jovens vivendo com o HIV/Aids fundou a Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids, daqui em diante denominada “RNAJVHA”, após participarem de um curso sobre o ativismo no GIV. Em julho de 2009, em sua quarta conferência anual, a RNAJVHA publicou uma constituição que audaciosamente esboça os seguintes princípios:

Assumimos o compromisso de romper com os processos de tutelamento que regem movimentos, e, principalmente, nós, adolescentes jovens, queremos ter Autonomia para que nossas escolhas sejam respeitadas e referendadas, queremos Respeito, queremos Trabalho, queremos Saúde, queremos Seguridade Social e, principalmente, o reconhecimento de que somos PESSOAS, sujeitos de nossa própria história (REDE, 2009, ênfases do original).

A RNAJVHA é uma ONG que recebe apoio da UnAids, da Unicef, do Ministério da Saúde brasileiro e de várias outras ONGs da Aids espalhadas pelo país. A RNAJVHA é ligada à sua própria revista, chamada *Escuta Soh!*, com a missão expressa de disseminar informações e quebrar o estigma e a discriminação (Revista *Escutah Soh!*, 2007/2008, p. 3).

Micaela Cyrino, a representante do RNAJVHA na região Sudeste do Brasil, explica que as metas da RNAJVHA são múltiplas. Elas incluem, por exemplo, a discussão dos efeitos colaterais da HAART e como lidar com a realidade de ter de deixar as casas de apoio (asilos para PCA que precisam de alojamento), quando eles completam dezoito anos (CYRINO, 2010, em informação verbal). Cyrino acredita que a emergência da RNAJVHA nessa conjuntura em particular é decorrente do aumento da demanda:

Há duas décadas esses adolescentes e jovens eram crianças, então... sempre a gente teve todo o mundo falando por nós. Lutando por nós, sempre. E aí eu tenho 21 anos agora, e a maioria dos adolescentes e jovens que nasceram com HIV/Aids também, 20 ou mais, aí surgiu isso mesmo, da necessidade de a gente falar, “a gente está aqui, a gente sabe falar, sabe o que a gente quer” (CYRINO, 2010, em informação verbal).

A RNAJVHA, que é a única rede desse tipo no Brasil e também inclui muitos membros que não contraíram o HIV verticalmente, procura trabalhar junto com outras ONGs da Aids para focar nos problemas que continuam a emergir sobre o tratamento e a prevenção do HIV/Aids. A mobilização da RNAJVHA é essencial para manter a força da luta contra a Aids no Brasil e talvez para inspirar maior participação de uma nova geração de ativistas que estarão prontos para assumir a responsabilidade de liderança no futuro.

Apesar de a RNAJVHA estar começando, Cyrino acredita em seu impacto em potencial. Ela explica:

Até falam para a gente: “Onde estão os ativistas agora?”. Mas a gente está aqui, só que agora a gente não precisa sair gritando para pedir medicamentos, porque já fizeram isso. A gente precisa de outras coisas, e essas outras coisas não são muito visíveis... Não parece que está havendo uma luta, mas está havendo (CYRINO, 2010, em informação verbal).

A diminuição da visibilidade do movimento está intimamente ligada à preferência do grupo para a mobilização *on-line*, por meio de conferências de *chat* e correspondência por *e-mail*, talvez a inauguração de uma nova onda de ativismo.

CONCLUSÃO

Por todo o Brasil, um novo, porém mais quieto tipo de ativismo está criando raízes na luta contra o HIV/AIDS. Ocorreu a emergência de novos métodos de contenção do HIV/AIDS que ampliam o tráfego de informações sobre a epidemia, os quais vão desde a mobilização juvenil até a incorporação da prevenção primária em programas de atendimento básico.

Para os ativistas preocupados com um “enfraquecimento” dos vibrantes “anos heroicos” na luta contra a Aids, existe uma abundância de evidências que indicam não ter sido a luta em si a ser enfraquecida, mas as atitudes de algumas pessoas diante de uma nova realidade da Aids e do ativismo dela. Novos métodos de mobilização, muitos dos quais são discutidos e difundidos pela internet, não são tão facilmente quantificados quanto as manifestações cara a cara, mas a mobilização existe e promete resultar em novos benefícios para as PCA, que hoje apresentam exigências e necessidades diferentes das dos anos 1980 e 1990.

Como a Aids “mudou de cara”, é imperativo pensar sobre o ativismo não apenas como batalhas já lutadas e vencidas, mas como aquelas sendo empreendidas atualmente. Apoiar o ativismo de hoje provavelmente iniciará uma cadeia de reações positivas que fomentará, por sua vez, um rejuvenescimento futuro da luta contra a Aids. Por outro lado, aqueles que denigrem a situação do ativismo da Aids hoje não apenas desacreditam no trabalho dos ativistas, como correm o risco de desencorajar a mobilização futura. Quanto tempo, por exemplo, a RNAJVHA continuará a responder à questão: “onde estão os ativistas agora?” antes de perder o ânimo? Desistir do ativismo de hoje é se conformar com trinta e uma mortes por dia, em média, como consequência da Aids.

A memória coletiva do ativismo da Aids no Brasil se fundamenta tanto em um histórico de altos e baixos que torna difícil reconhecer as novas formas emergentes de ativismo alinhadas às necessidades presentes. Este artigo argumenta, ao apresentar ideias de prevenção e tratamento emergentes e movimentos, que essa sensação de derrota não se justifica.

Historicamente, parte do sucesso da sociedade civil brasileira em frear a disseminação do HIV/AIDS foi o engajamento dos militantes e a educação da população sobre a transmissão e o fornecimento de HAART. Apesar da inexistência

de cura para o HIV/Aids, o Brasil pôde educar sua população sobre como ocorre a transmissão do HIV e fornecer acesso gratuito à HAART. Tendo sido atingidas essas metas, identificar novas metas e novos métodos é extremamente valioso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBADE, Áurea. *Entrevista*. Gravação digital. São Paulo, 12 jan. 2010.
- ALMEIDA, Sílvia. *Entrevista*. Gravação digital. São Paulo, 22 mar. 2010.
- ANÔNIMO. *Entrevista*. Gravação Digital. São Paulo, 23 out. 2009.
- BARBOSA, Marina Morena de Almeida. *Entrevista*. Gravação digital. São Paulo, 29 set. 2009.
- BARBOZA, Renato. *Entrevista*. Gravação digital. São Paulo, 16 dez. 2009.
- BELOQUI, Jorge. Ativismo contra o retrocesso. In: FÓRUM DAS ONG/AIDS DO ESTADO DE SÃO PAULO, 13. jul./ago./set./out. 2005. *Aids & Ativismo*, 2005.
- _____. *Entrevista*. Gravação digital. São Paulo, 23 out. 2009.
- BELOQUI, Jorge A.; PEREIRA, Cláudio. A criminalização da transmissão do HIV. *Cadernos Pela VIDA*, São Paulo, v. 18, n. 47, p. 21, May 2009.
- BERNARD, Edwin J. Swiss experts say individuals with undetectable viral load and no STI cannot transmit HIV during sex. *AidsMAP*, 30 jan. 2008. Disponível em: <<http://www.Aidsmap.com/en/news/4E9D555B-18FB-4D56-B912-2C28AFCCD36B.asp>>. Acesso em: 11 jan. 2010.
- BOER, Alexandre et al. História da carta dos direitos fundamentais da pessoa vivendo com HIV/Aids. Prevenção, tratamento e direitos humanos: desafios presentes e futuros. In: Lectures. Seminário. *Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids*. Porto Alegre, 24-26 setembro 2009.
- BRAZIL to break merck aids drug patent, government wants lower price on antiretroviral medication. The Associated Press, 4 May 2007.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. *Boletim Epidemiológico Aids/DST*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria da Vigilância em Saúde/Programa Nacional de DST e Aids, 2007.
- _____. *Boletim Epidemiológico Aids/DST*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria da Vigilância em Saúde/Programa Nacional de DST e Aids, 2008.
- _____. *Boletim Epidemiológico Aids/DST*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria da Vigilância em Saúde/Programa Nacional de DST e Aids, 2009.
- CASANOVA, João. *Entrevista*. Gravação digital. São Paulo, 14 out. 2009.
- CRANE, Susan A. Writing the individual back into collective memory, 1372-1385. *The American Historical Review*, Washington, D.C., v. 102, n. 5, p. 1372-1385, Dec. 1997.
- CYRINO, Micaela. *Entrevista*. Gravação digital. São Paulo, 14 jan. 2010.

- DARRAH, Jennifer. *Brazil's response to Aids: embedded state, hybrid institutional spaces, and social movement autonomy*. 2005. Master's thesis in sociology— Brown University, Providence, R.I., 2005.
- DEPARTAMENTO DE DST E AIDS. Pesquisa PCAP. 2008. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/data/Pages/LUMISE77B47C8ITEMIDE56B57FF739940039DB3112DF74DE47FPTBRIE.htm>>. Acesso em: 12 Jan. 2010.
- _____. *Índice de organizações da sociedade civil*. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/main.asp?View={F482FC25-32D7-44D0-BAD7-568C99F2CEF7}&Team=¶ms=UF=%3B&UIPartUID={56BE7C20-BoD9-4807-96CE-9FA77EE2C452}>>>. Acesso em: 10 mar. 2010.
- DIÁRIO DO NORDESTE. Ministro de Saúde defende privatização do SUS. 11 jun. 2007. Disponível em: <<http://diariodonordeste.globo.com/noticia.asp?codigo=181529&modulo=963>>. Acesso em: 14 jan. 2010.
- ENONG. *Encontro Nacional de ONG/Aids: construção de sonhos e lutas*. Curitiba: Editora Domo, 2005.
- FACCHINI, Regina. *Sopa de letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- FERNANDES, Maria Eugênia Lemos. *Entrevista*. Gravação digital. São Paulo, 7 out. 2009.
- FERNANDES, Maria Eugênia Lemos et al. (Ed.). *Aids: Prevention door to door*. São Paulo: Family Health Association, 2004.
- FOLHA DA TARDE. Bebê em cartaz anti-Aids gera polêmica. 24 jan. 1992.
- FURTADO, Angela. The World Bank and Brazil: a new country assistance strategy. *En Breve*, n. 46, Abril 2004.
- GALVÃO, Jane. *Aids no Brasil: a agenda de uma construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA Editora 34, 2000.
- _____. *1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/Aids no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 2002.
- GREEN, James N. *Personal correspondence*. Providence, RI, 22 abr. 2010.
- HALBWACHS, Maurice. Historical memory and collective memory. In: DITTER JR., Francis J.; DITTER, Vida Yazdi. *The collective memory*. New York: Harper & Row, 1980.
- Istoé. *Aids: segunda onda de pânico*. 13 mar. 1985b.
- JORNAL DO BRASIL. *Aids: o que se deve saber*. 10 out. 1985a.
- LEVI, Guido Carlos. *Entrevista*. Gravação digital. São Paulo, 1 out. 2009.
- NOT APPROVED PROPOSALS. The global fund to fight Aids, tuberculosis and malaria. Disponível em: <<http://www.theglobalfund.org/en/fundingdecisions/notapproved/#9>>. Acesso em: 25 mar. 2010.

- NUNN, Amy Stewart et al. AIDS treatment in Brazil: impacts and challenges. *Health Affairs*, Bethesda, MD, v. 28, n. 4, pp. 1.103-1.113, 2009a.
- . *The politics and history of AIDS treatment in Brazil*. New York: Springer, 2009.
- PAIVA, Vera. *Entrevista*. Gravação digital. São Paulo, 14 dez. 2009b.
- PARKER, Richard. AIDS in Brazil. pp. 7-31. In: Daniel, Herbert; Parker, Richard (Ed.). *Sexuality, politics, and AIDS in Brazil: in another world?* Washington, DC: Falmer Press: 1993.
- . *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume, 1994.
- . Building the foundations for the response to HIV/AIDS in Brazil: the development of HIV/AIDS policy, 1982-1996. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 27, pp. 143-183, Ago. 2003a.
- . Changing sexualities: masculinity and male homosexuality in Brazil. In: GUTMANN, Matthew C. (Ed.). *Changing men and masculinities in Latin America*. Durham: Duke University Press, 2003b.
- PARKER, R.; GALVAO, J.; BESSA, M. S. (Ed.). *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, Editora 34, 1999.
- PARKER, Richard; TERTO, Veriano Júnior (Ed.). *A ABIA na virada do milênio*. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.
- PARSONS, Jeffrey T. et al. Sexual harm reduction practices of HIV-seropositive gay and bisexual men: serosorting, strategic positioning, and withdrawal before ejaculation. *AIDS* 2005, Nova York, 19 (suppl. 1), S13–S25, 2005.
- PASSARELLI, Carlos André; TERTO JR., Veriano. Non-governmental organizations and access to anti-retroviral treatments in Brazil. pp. 252-264. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 27, Ago. 2003.
- PEDROSA, José Stalin. *ONG/AIDS*. Rio de Janeiro: Planeta Gay Books, 1998.
- PINHEIRO, Rodrigo. *Entrevista*. Gravação digital. São Paulo, 3 nov. 2009.
- REDE NACIONAL DE ADOLESCENTES E JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS. CURITIBA: *NO PRELO*, 12 jul. 2009.
- REVISTA ESCUTA SOH! São Paulo, Brasil, v. 1, n. 1, 2007/2008.
- RIDINGS, Alan. Brazil called lax in AIDS treatment. *The New York Times*, Rio de Janeiro, 15 dez. 1986, A11.
- ROCHON, Thomas R. *Mobilizing for peace: the antinuclear movements in Western Europe*. Princeton: Princeton University Press, 1988.
- SALAZÁR, Andrea et al. Saúde: direito de todos. In: Salazár, Andréa et al. *O SUS pode ser seu melhor plano de saúde: 3. ed.* SÃO Paulo: ODEC, 2006. Disponível em: <<http://>

sus20anos.saude.gov.br/sus20anos/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=8>. Acesso em: 6 de jan. 2010.

SCHEFFER, Mário. *O ativismo não morreu*. Agência Aids. Disponível em: <<http://www.agenciaAids.com.br/site/artigo.asp?id=47>>. Acesso em: 19 nov. 2009. In: "Scheffer, Mário; Fulanetti, Fernando. Será o fim do ativismo? *Cadernos Pela VIDA*, São Paulo, v. 17, n. 46, p. 3, maio 2008.

_____. *Entrevista*. Gravação digital. São Paulo, 12 jan. 2010.

SCHEFFER, Mário; Fulanetti, Fernando. Será o fim do ativismo? *Cadernos Pela VIDA*, São Paulo, v. 17, n. 46, p. 3, maio 2008.

SIMÕES, Júlio Assis. *Personal correspondence*. São Paulo, 18 mar. 2010.

TARDELLI, Roseli. *Entrevista*. Entrevista escrita. São Paulo, 23 mar. 2010.

TB and HIV/AIDS: CDC HIV/AIDS Facts. Atlanta, GA: Centers for Disease Control, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/hivtb.htm>>. Acesso em: 11 jan. 2010.

TREVISÁN, João S. *Perverts in paradise*. London: GMP, 1986.

VELOSO, José Carlos. *Entrevista*. Gravação digital. São Paulo, 22 out. 2009.