

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Renato Barboza

Ativismo, identidade e participação política: uma leitura psicopolítica do
movimento social de Aids no eixo São Paulo - Rio de Janeiro

São Paulo

2023

RENATO BARBOZA

**Ativismo, identidade e participação política: uma leitura psicopolítica do
movimento social de Aids no eixo São Paulo - Rio de Janeiro**

Versão corrigida

Tese apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo
para obter o título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia Social

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Soares
da Silva

São Paulo

2023

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

BARBOZA, Renato

Ativismo, identidade e participação política: uma leitura psicopolítica do movimento social de Aids no eixo São Paulo - Rio de Janeiro / Renato BARBOZA; orientador Alessandro Soares da Silva. -- São Paulo, 2023.

223 f.

Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2023.

1. Identidade Coletiva. 2. Participação Social. 3. AIDS. 4. Psicologia Política. 5. Saúde Coletiva. I. Soares da Silva, Alessandro, orient. II. Título.

Nome: Barboza, Renato

Título: Ativismo, identidade e participação política: uma leitura psicopolítica do movimento social de Aids no eixo São Paulo - Rio de Janeiro

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Aprovado em: 04/09/2023

Banca Examinadora

Prof. Dr. Alessandro Soares da Silva

Instituição: Escola de Artes, Ciências e Humanidades (USP)

Julgamento: Aprovado



Prof. Dr. Salvador Antonio Mireles Sandoval

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)

Julgamento: Aprovado

Prof^ª. Dra. Aurea Maria Zöllner Ianni

Instituição: Faculdade de Saúde Pública (USP)

Julgamento: Aprovado

Prof. Dr. Edemilson Antunes de Campos

Instituição: Escola de Artes, Ciências e Humanidades (USP)

Julgamento: Aprovado

Prof. Dr. Fábio Ortolano

Instituição: Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial de São Paulo (SENAC)

Julgamento: Aprovado

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Alessandro Soares da Silva, orientador e amigo de longa jornada.

Aos membros da banca de qualificação pelas contribuições preciosas, Prof. Dr. Antonio Euzébios Filho (Instituto de Psicologia – USP) e Prof^ª. Dra. Telma Regina de Paula Souza (Universidade Metodista de Piracicaba).

Aos membros da banca examinadora pela leitura cuidadosa e arguição da tese, Prof. Dr. Alessandro Soares da Silva (Escola de Artes, Ciências e Humanidades – USP), Prof. Dr. Salvador Antonio Mireles Sandoval (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo), Prof^ª. Dra. Aurea Maria Zöllner Ianni (Faculdade de Saúde Pública – USP), Prof. Dr. Edemilson Antunes de Campos (Escola de Artes, Ciências e Humanidades – USP) e Prof. Dr. Fábio Ortolano (Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial de São Paulo).

Aos amigos e pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Psicologia Política, Políticas Públicas e Multiculturalismo (GEPSIPOLIM) da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

Aos amigos e pesquisadores do Núcleo de Estudos para Prevenção da Aids (NEPAIDS) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Aos pesquisadores científicos e amigos de “resistência” do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Aos queridos companheiros de militância da Associação dos Pesquisadores Científicos do Estado de São Paulo pelo acolhimento e compreensão nos períodos de ausência.

Aos ativistas “guerreiros/as” do movimento social de Aids de São Paulo e do Rio de Janeiro por compartilharem suas experiências e trajetórias sociopolíticas.

Aos gestores, profissionais da saúde e amigos de longa data da Coordenação Estadual de IST/Aids de São Paulo.

Ao amigo querido e conselheiro “eterno”, Prof. Dr. Aníbal Gil Lopes pelo incentivo.

Ao querido companheiro Clemilson Rossini pelo apoio, cuidado e compreensão na fase de redação da tese.

RESUMO

Barboza, R. (2023). *Ativismo, identidade e participação política: uma leitura psicopolítica do movimento social de Aids no eixo São Paulo - Rio de Janeiro* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A participação popular voltada ao exercício do controle social das políticas públicas de Aids no Sistema Único de Saúde (SUS) é um tema estratégico na agenda de pesquisa do campo da Saúde Coletiva. Neste doutorado analisamos a produção da identidade coletiva dos ativistas do movimento social de Aids no eixo São Paulo – Rio de Janeiro, quanto à participação e o controle social da política de Aids no SUS, no período de 1980 a 2023. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, retrospectivo, transversal, ancorado na abordagem qualitativa. A coleta dos dados baseou-se na condução de 29 entrevistas semiestruturadas e em profundidade com os ativistas do movimento social de Aids paulista e fluminense. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo. As narrativas foram analisadas à luz do referencial teórico-metodológico ancorado no Modelo Analítico da Consciência Política, sistematizado por Salvador Sandoval no campo interdisciplinar da Psicologia Política. De modo particular elegemos a dimensão da identidade coletiva como elemento estruturante da análise. No que tange às movimentações do movimento social de Aids, apreendidas a partir da sistematização da linha do tempo e da análise de conteúdo das narrativas dos ativistas, depreende-se que a institucionalização das ONG/Aids definiu nos primeiros anos da década de 1980, as bases do movimento social brasileiro de luta contra a Aids, além da emergência de novos sujeitos sociais vinculados a um “ativismo de urgência”. Posteriormente, a criação dos Fóruns Estaduais de ONG Aids, pioneiros em São Paulo e no Rio de Janeiro, fortaleceu sobremaneira a articulação e abrangência das ações coletivas, bem como as práticas do ativismo sociopolítico no que concerne à luta pela defesa do direito à saúde das pessoas vivendo com HIV e Aids em linha com a Constituição Federal de 1988. O último arranjo institucional identificado nas movimentações, se referiu à organização e à estruturação das redes identitárias, inicialmente, a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids, seguida pelas Cidadãs *Posithivas*, os Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV e Aids e recentemente a Rede Nacional de Pessoas Trans.

Palavras-chave: Identidade Coletiva. Participação Social. AIDS. Psicologia Política. Saúde Coletiva.

ABSTRACT

Barboza, R. (2023). *Activism, identity and political participation: a psychopolitical reading of the AIDS social movement in the São Paulo - Rio de Janeiro axis* (Doctoral Thesis). Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

Popular participation followed by the exercise of social control of public policies on AIDS in the Unified Health System (SUS) is a theme foreseen in the research agenda in the field of Collective Health. In this doctorate, we analyze the production of the collective identity of the militants of the AIDS social movement in the São Paulo – Rio de Janeiro axis, with regard to the participation and social control of the AIDS policy in the SUS, in the period from 1980 to 2023. This is an exploratory, descriptive, retrospective, cross-sectional study, based on a qualitative approach. Data collection was based on conducting 29 semi-structured and in-depth interviews with AIDS social movement activists from São Paulo and Rio de Janeiro. The interviews were recorded, transcribed and submitted to content analysis. The narratives were analyzed in the light of the theoretical-methodological framework anchored in the Analytical Model of Political Consciousness, systematized by Salvador Sandoval in the interdisciplinary field of Political Psychology. In particular, we chose the dimension of collective identity as a structuring element of the analysis. With regard to the movements of the AIDS social movement, apprehended from the systematization of the timeline and the content analysis of the activists' narratives, it appears that the institutionalization of NGOs/AIDS defined in the first years of the 1980s, the foundations of the Brazilian social movement against AIDS, in addition to the emergence of new social subjects linked to “urgent activism”. Subsequently, the creation of the State Forums of AIDS NGOs, pioneers in São Paulo and Rio de Janeiro, greatly strengthened the articulation and scope of collective actions, as well as the practices of sociopolitical activism with regard to the struggle to defend the right to health of women, people living with HIV and AIDS in line with the Federal Constitution of 1988. The last institutional arrangement identified in the movements referred to the organization and structuring of identity networks, initially the National Network of People Living with HIV and AIDS, followed by Cidadãs Posithivas, Adolescents and Young People Living with HIV and AIDS and finally the National Network of Trans People. Keywords: Collective Identity. Social Participation. AIDS. Political Psychology. Collective Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência absoluta e relativa da faixa etária dos ativistas do movimento social de Aids.....	87
Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa da faixa etária dos ativistas do movimento social de Aids, segundo o gênero.....	88
Tabela 3 - Frequência absoluta e relativa da década de inserção dos ativistas no movimento de Aids.....	89
Tabela 4 - Frequência absoluta e relativa da década de inserção dos ativistas no movimento LGBT+.....	89
Tabela 5 - Frequência absoluta e relativa da cor autodeclarada pelos ativistas do movimento de Aids, segundo o gênero.....	90
Tabela 6 - Frequência absoluta e relativa da orientação sexual autodeclarada pelos ativistas do movimento de Aids, segundo o gênero.....	91
Tabela 7 - Frequência absoluta e relativa do nível de escolaridade dos ativistas do movimento de Aids, segundo o gênero.....	91
Tabela 8 - Frequência absoluta e relativa da graduação dos ativistas do movimento de Aids, segundo área do conhecimento (CNPq) e tipo de instituição de ensino.....	93
Tabela 9 - Frequência de cursos de Pós-Graduação dos ativistas do movimento de Aids, segundo área específica (CNPq), titulação e tipo de instituição de ensino.....	94
Tabela 10 - Frequência absoluta da participação dos ativistas em outros movimentos sociais, exceto Aids e LGBT+ nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro.....	138
Tabela 11 - Frequência absoluta da participação dos ativistas em colegiados do Sistema Único de Saúde, segundo a função, período atual e anterior e estado.....	141
Tabela 12 - Frequência absoluta da participação dos ativistas em conferências de Saúde e LGBT+, segundo estado e esfera.....	147
Tabela 13 – Frequência absoluta da participação dos ativistas em Comitê Técnico e/ou Grupo de Trabalho sobre Aids, segundo esfera, período e estado.....	156

LISTA DE SIGLAS

ABGLT	Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos
ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
ABONG	Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANAIDS	Articulação Nacional de Luta Contra a Aids
ANPEPP	Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASTRAL	Associação de Travestis e Liberados
CAMS	Comissão Nacional de Articulação com os Movimentos Sociais
CDC	Centros de Controle e Prevenção de Doenças
CDSS	Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde
CEDSTAIDS	Coordenação Estadual DST/Aids
CNAIDS	Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CRTDSTAIDS	Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS

DDCCIST	Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DST/Aids	Doença Sexualmente Transmissível/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ENONG	Encontro Nacional de ONG AIDS
ENSPFiocruz	Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz
ENTLAIDS	Encontro Nacional de Travestis e Transexuais que Atuam na Luta e Prevenção à Aids
ERONG	Encontro Regional de ONGs AIDS
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
FOAESP	Fórum das ONG Aids do Estado de São Paulo
GALF	Grupo de Ação Lésbica Feminista
GAPA	Grupo de Apoio e Prevenção à Aids
GNP+	Global Network of People living with HIV and AIDS
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IFA	Ingrediente Farmacêutico Ativo
Ilga	International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social

IST	Infecção Sexualmente Transmissível
IST/Aids Adquirida	Infecção Sexualmente Transmissível/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
I = I	Indetectável é igual a Intransmissível
LGBT+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis/Transexuais/Transgêneros e outras identidades não binárias
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis/Transexuais/Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais e outras identidades não binárias
MHB	Movimento Homossexual Brasileiro
MNPC	Movimento Nacional de Cidadãs Posithivas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONG/Aids	Organização Não Governamental/Aids
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PAM	Plano de Ações e Metas
Pela <i>Vidda</i>	Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids
PEP	Profilaxia Pós-Exposição ao HIV
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV e Aids
RNAJVHA	Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV e Aids
RNP+	Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids

SAI	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SES/RJ	Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro
SES/SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TMR	Teoria da Mobilização de Recursos
TNMS	Teoria dos Novos Movimentos Sociais
TPP	Teoria do Processo Político
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
WHO	World Health Organization
WPA	World Psychiatric Association

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Antecedentes do ativismo no campo da Aids: O Movimento Homossexual Brasileiro.....	17
1.2 A emergência do movimento social de Aids no Brasil e nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro.....	23
2 O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA E A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL.....	29
2.1 A implantação dos Programas Estaduais de Aids em São Paulo e no Rio de Janeiro.....	41
2.2 ONG/Aids: ativismo social, participação popular e solidariedade em rede.....	49
3 PSICOLOGIA POLÍTICA E SAÚDE COLETIVA: CAMPOS ESTRATÉGICOS PARA O ESTUDO DA IDENTIDADE COLETIVA DOS ATIVISTAS DO MOVIMENTO SOCIAL DE AIDS.....	63
3.1 Modelo Analítico da Consciência Política.....	72
4 OBJETIVOS.....	79
4.1 Objetivo geral.....	79
4.2 Objetivos específicos.....	79
5 METODOLOGIA	80
5.1 Delineamento do estudo.....	80
5.2 Cenário do estudo.....	81
5.3 Participantes e procedimentos de coleta dos dados.....	82
5.4 Plano de Análise.....	84
5.5 Aspectos éticos.....	86
5.6 Perfil dos entrevistados.....	86
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	96

6.1 Cronologia da resposta social nos campos do HIV/Aids e LGBT+.....	96
6.1.1 Primeiro momento (1978 a 1982): organização e desarticulação do Movimento Homossexual Brasileiro e o advento da Aids.....	114
6.1.2 Segundo momento (1983 a 1991): primeiras respostas governamentais e não governamentais no campo da Aids no Brasil.....	115
6.1.3 Terceiro momento (1992 a 2002): ampliação e fortalecimento das respostas governamentais e comunitárias nos campos da Aids e LGBT+ no Brasil.....	118
6.1.4 Quarto momento (2003 a 2017): implantação no SUS da “Política de Incentivo para DST/Aids” e a organização de redes identitárias	122
6.1.5 Quinto momento (2018 a 2020): avanço do conservadorismo no governo Jair Bolsonaro, redução orçamentária do SUS e emergência sanitária da COVID-19.....	125
6.1.6 Sexto momento (2021 a 2023): enfrentamento da COVID-19, negacionismo da ciência e os impactos sociopolíticos no campo da Aids.....	128
6.2 Identidade coletiva e ativismo sociopolítico no campo do HIV/Aids	133
6.3 A emergência da pandemia de COVID-19: impactos e resistências no enfrentamento do HIV/Aids	160
7 CONCLUSÕES.....	186
REFERÊNCIAS	191
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista.....	214
APÊNDICE B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	218
APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	222

APRESENTAÇÃO

O meu interesse pelo movimento social de Aids, data de 1987, quando ingressei como educador no Disque-Aids do Instituto de Infectologia Emílio Ribas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), posteriormente vinculado à Gerência de Prevenção e Treinamento no Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS (CRT-DST/AIDS). A articulação com as Organizações Não Governamentais (ONGs), que atuavam na prevenção e apoio às pessoas vivendo com HIV e Aids (PVHA) e seus familiares era uma das minhas atribuições. Quando o CRT-DST/AIDS se tornou a sede da Coordenação Estadual DST/Aids (CEDST/AIDS), as parcerias e o financiamento de projetos, coordenados por ONGs e pelo Fórum das ONGs Aids do Estado de São Paulo (FOAESP) foram intensificados.

Durante 16 anos na CEDST/Aids, atuei nas funções de educador, sociólogo e diretor técnico da área de treinamento e prevenção na implantação, execução, monitoramento e avaliação de ações programáticas de promoção à saúde e prevenção às IST/Aids; na formação de profissionais da saúde e de outros setores; na logística de medicamentos antirretrovirais, preservativos e insumos de prevenção e na retaguarda técnica ao monitoramento e avaliação de planos e ações das Secretarias Municipais de Saúde, das regionais da SES/SP e das ONGs/Aids financiadas, voltados ao fortalecimento da resposta paulista para o controle da epidemia.

Em 2004, ingressei no Instituto de Saúde da SES/SP na carreira de pesquisador científico no âmbito do Sistema Paulista de Ciência, Tecnologia e Inovação. Nos últimos anos, contribuo na produção de conhecimento voltado à implementação de políticas públicas de saúde e na formação de profissionais no campo da Saúde Coletiva, investigando a complexa interface entre o Estado e as ONGs/Aids no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2006, concluí o Mestrado em Ciências na área de concentração em Saúde Coletiva, vinculado ao Programa de Pós-Graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da SES/SP, onde defendi a dissertação intitulada “Gestão do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das

ações no período de 1994 a 2003”, que versou sobre os acordos de empréstimo para Aids firmados com o Banco Mundial e a transição para a Política de Incentivo de controle às IST/Aids do Ministério da Saúde, ainda em vigência. Constatei que, a gestão descentralizada das ações de prevenção foram delegadas para as ONGs/Aids, apresentando lacunas no processo da regulação estatal; desresponsabilização dos gestores municipais na execução direta dessas ações; aumento de conflitos nas relações entre os governos estadual/municipal e as entidades da sociedade civil; e fragilidades no controle social da política de IST/Aids.

Da vivência do Mestrado e da trajetória profissional, emergiram várias indagações. Nesse sentido, a partir de 2017 ingressei como doutorando no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, vinculado à linha de investigação “Psicologia Social, Saúde Coletiva e Política”. Na presente tese de doutorado, elegi estudar a trajetória e a formação da identidade coletiva dos ativistas do movimento social de Aids no eixo São Paulo – Rio de Janeiro, com o fito de apreender os avanços, as lacunas e as potencialidades da participação popular e do controle social da política de Aids no âmbito do SUS.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Antecedentes do ativismo no campo da Aids: o Movimento Homossexual Brasileiro.

O Movimento Homossexual Brasileiro (MHB) data da segunda metade da década de 1970, concentrado principalmente no eixo São Paulo - Rio de Janeiro, período em que o país vivenciava um processo tímido de “abertura política”. Majoritariamente, as ações do MHB foram conduzidas por homens homossexuais e havia uma presença reduzida de mulheres lésbicas (MacRae, 1990; Facchini, 2003; Silva, 2006; Carrara, 2013). Um estudo de recuperação histórica desse movimento, conduzido por Facchini (2003), no campo das Ciências Sociais, descreve

o termo movimento homossexual (...) como o conjunto das associações e entidades, mais ou menos institucionalizadas, constituídas com o objetivo de defender e garantir direitos relacionados à livre orientação sexual e/ou reunir, com finalidades não exclusivamente, mas necessariamente políticas, indivíduos que se reconheçam a partir de qualquer uma das identidades sexuais tomadas como sujeito desse movimento (Facchini, 2003, p. 84).

De acordo com a periodização construída por Facchini (2003; 2009), é possível identificar “três ondas” na história do Movimento Homossexual Brasileiro. A “primeira onda” refere-se ao período de 1978 a 1983, circunscrito ao aparecimento do movimento e de sua expansão, prioritariamente no eixo São Paulo – Rio de Janeiro. Nesse cenário de “abertura política”, o MHB assumiu uma posição de caráter político “libertário”, “antiautoritário” e de base comunitária. No final dessa “primeira onda”, além do início do longo processo de redemocratização do país, também foram identificados os primeiros casos de Aids na comunidade gay, nos Estados Unidos e no Brasil e, a doença passou a ser veiculada pela mídia, preconceituosamente, como “peste gay” ou “câncer gay”. A “segunda onda” durou até o final da década de 1980, período em que a incidência dos casos de Aids aumentou em progressão geométrica, sobretudo nas duas principais capitais brasileiras, São Paulo e Rio de Janeiro. Esse momento foi marcado por um arrefecimento das ações e da visibilidade do movimento homossexual no país. Contudo, a partir da década de 1990, houve um processo de

reflorescimento do ativismo homossexual brasileiro, especialmente entre 1995 e 2005, o qual caracteriza a “terceira onda”. Nessa etapa, o MHB conquistou visibilidade na mídia, passou a atuar em interface com outras organizações governamentais e não governamentais, engajadas na luta contra a Aids e na defesa dos direitos humanos e dos direitos LGBT+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis/Transexuais/Transgêneros e outras identidades não binárias), auxiliando, inclusive, parlamentares na propositura de projetos de lei sobre temas de interesse desses segmentos.

No que concerne a “primeira onda” do MHB, cabe destacar o nascimento do *Somos: Grupo de Afirmação Homossexual*, na cidade de São Paulo em 1978. Na literatura científica, o Somos é identificado como um dos coletivos que foram pioneiros na promoção de ações de incidência política. Nesse período começou a ser veiculado o jornal “Lampião da Esquina”, mais conhecido como “Lampião”, editado no Rio de Janeiro por jornalistas, intelectuais e artistas homossexuais com ampla circulação nas bancas do país. O “Lampião” debatia de forma arrojada questões de ordem política, cultural e existencial do público homossexual, em oposição aos enfoques depreciativos e preconceituosos adotados pela mídia naquela época. Era um veículo fundamental para informar e disseminar a experiência das organizações do país engajadas no MHB (MacRae, 1990, 2018; Facchini, 2003, 2009; Silva, 2006; Green, 2018).

O Somos questionava valores como monogamia, casamento e qualquer outra forma de hierarquia social, institucional, incluindo os partidos políticos. Em suas reuniões, os participantes falavam abertamente com os pares sobre a vivência da homossexualidade. Por um lado, essas reuniões promoviam processos terapêuticos e catárticos nos seus frequentadores, por meio de grupos de “reconhecimento”, onde se discutia publicamente não só as experiências individuais, mas, sobretudo, o significado político das mesmas. Por outro, eram fundamentais para construir um sentimento de pertencimento coletivo e de consciência acerca da identidade homossexual.

Esse processo socializava experiências individuais, ajudando a integrar o que antes era fragmentado e fechado nos limites da vida privada. Como resultado, os participantes estabeleciam relações muito intensas e emocionais entre si, criando uma forte identificação entre os membros do grupo, frequentemente acompanhada por sentimentos de euforia e até mesmo de fraternidade universal, ou

communitas [sentimentos intensos de companheirismo e pertencimento] (MacRae, 2018, p. 54).

Em relação à “segunda onda” do MHB, os militantes do grupo Somos se articularam com outros movimentos sociais, sobretudo o feminista, o negro e o operário. É possível identificar em suas ações a adoção de alguns conceitos discutidos pelas feministas há décadas, como o “machismo” e o “patriarcado”. Entretanto, o grupo era permeado por vários interesses e atravessamentos políticos que geraram disputas internas nas relações intragrupais, comprometendo a continuidade do Somos. Estudo conduzido pelo antropólogo Edward MacRae (2018) demonstrou que, “os inimigos internos mais perceptíveis (...) eram os partidos políticos institucionalizados e outras organizações de inspiração marxista leninista” (p. 56). Nesse sentido, a principal cisão se deu em função das dificuldades na relação com os militantes alinhados à “Fração Gay da Convergência Socialista”, organização trotskista, cujo foco era mobilizar os homossexuais a partir da luta de classes, revelando que, em última instância, as estratégias de ancoragem política eram diferentes dos valores defendidos originalmente pelo Somos (MacRae, 1990, 2018).

Apesar das disputas internas terem conduzido à dissolução do Somos, posteriormente, em 1983, vários militantes que estavam ou não em outras organizações ativistas, graças aos fortes laços de amizade, se uniram na luta contra a Aids. A atuação desses militantes foi fundamental para exercer influência e pressão sobre as autoridades da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em relação ao advento da Aids no país e seu impacto, não só biomédico, mas também social, junto à comunidade homossexual masculina, estigmatizada de “peste gay”. Defendiam que as conquistas em torno da identidade gay deveriam ser respeitadas e colaboravam na discussão da adoção do uso de preservativos nas relações sexuais (MacRae, 1990, Teixeira, 1997).

Ainda na “segunda onda”, faz-se necessário sublinhar a participação do grupo “Outra Coisa” que nasceu em 1980 como uma dissidência do Somos no âmbito do movimento homossexual paulistano, dada a sua identificação com a Convergência Socialista. Esse grupo estabeleceu uma curta aliança com outros dois grupos de militância homossexual, o Libertos e o Eros e, constituíram o “Movimento Homossexual Autônomo”. Em 1984, o “Outra Coisa” em função do desinteresse de seus membros e de dificuldades financeiras para manutenção de sua sede, decidiu

encerrar suas atividades. É mister ressaltar que o “Outra Coisa” foi o primeiro grupo que realizou ações informativas sobre a Aids na cidade de São Paulo, ainda em 1983, tendo participado junto com o Somos nas discussões sobre a problemática da epidemia na Secretaria da Saúde (Facchini, 2003).

Não obstante ao curto período de existência (1978 – 1981), o Somos logrou destaque não só na promoção da ideia de direito ao prazer, independentemente da orientação e da identidade de gênero, mas também em ações de mobilização coletiva para que o poder público reconhecesse juridicamente o Grupo Gay da Bahia e o grupo Triângulo Rosa do Rio de Janeiro como organizações de militância e defesa de direitos dos homossexuais. Lutaram e foram bem sucedidos na condução de uma campanha pública de âmbito nacional para que o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) não adotasse mais, em seus procedimentos, os termos “desvio e transtorno mental” em relação à homossexualidade (MacRae, 2018).

Em 1980, as militantes lésbicas se desligaram do Somos, não exatamente pelo número reduzido de mulheres participantes, mas como parte de um processo de realinhamento dos grupos no âmbito do MHB, baseado em afinidades políticas e identitárias. Elas organizaram o “Grupo Lésbico-Feminista”, que posteriormente foi denominado de “Grupo de Ação Lésbica Feminista” (GALF), aprofundando assim as especificidades das pautas que estavam em curso naquela época (Facchini, 2003). Contudo, o ativismo lésbico só alcançou visibilidade social na segunda metade da década de 1990, ou seja, na “terceira onda”, quando passou a atuar na defesa de pautas específicas, independente do movimento feminista, já consolidado no país.

No cenário carioca dos anos 1980, o grupo Triângulo Rosa, criado em 1985, teve um papel ímpar no que tange ao MHB, sobretudo durante os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte em 1987, onde atuou fortemente na incidência política para incluir a não discriminação por orientação sexual no texto da Constituição Federal de 1988. Após o período da “abertura política”, como defendido por Herbert Daniel, era essencial conhecer, transitar e principalmente ocupar o Legislativo com demandas e questões voltadas à cidadania e à inclusão social, a exemplo do combate ao racismo, às pautas do movimento feminista e aquelas relacionadas à homossexualidade. Nesse cenário, as pautas e as reivindicações em torno da

homossexualidade eram encaradas pelos constituintes como objeto de resistência, restrito ao *locus* da vida privada. É mister reconhecer que, os esforços envidados pelo Triângulo Rosa em perspectiva histórica, conduziram a discussão sobre a homofobia ao centro do debate político nacional, pauta que ainda é fundamental para a consolidação da cidadania LGBT (Câmara, 2018).

A visibilidade das travestis e das transexuais e a militância do segmento “trans” foi mais tardia, ocorrendo posteriormente ao processo de organização política dos segmentos dos gays e das lésbicas, já na “terceira onda”. Um dos marcos políticos se refere à realização, em 1993, do “Encontro Nacional de Travestis e Liberados”, coordenado pelo coletivo ASTRAL - Associação de Travestis e Liberados. Os órgãos governamentais da saúde nas esferas federal e estadual, especialmente em São Paulo, apoiaram ativamente as pautas defendidas nos encontros promovidos pela ASTRAL, sendo que a questão do HIV/Aids sempre permeou os debates, dada a vulnerabilidade social e as altas taxas de casos notificados no país entre o segmento “trans” (Silva & Barboza, 2005; Silva & Barboza, 2009; Carrara, 2013).

Ainda na “terceira onda” proposta por Facchini (2003) é relevante apontar o papel assumido pela Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT), fundada em 1995, com o fito de ampliar o diálogo e a articulação entre as agendas específicas dos segmentos envolvidos. Esse movimento em prol da garantia da cidadania e dos direitos humanos das populações LGBT+ e do enfrentamento da discriminação social e da violência por orientação sexual e identidades de gênero, foi essencial para visibilidade e organização política. Ademais, a ABGLT se consolidou como uma rede nacional que agrega um número expressivo de organizações filiadas, atuando também em agendas internacionais (Silva, 2006; Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos, 2018).

A realização das Paradas do Orgulho LGBT+, cujo início deu-se em São Paulo em 1997, com a participação de um pequeno número de pessoas, atualmente é considerada uma das maiores do mundo e contribui sobremaneira para a visibilidade de massa da população LGBT+, bem como suas pautas e reivindicações sociopolíticas. Em 2023, foi realizada a 27ª edição da Parada do Orgulho LGBT+ de São Paulo com

o tema “Políticas Sociais para LGBT+: queremos por inteiro e não pela metade”. As Paradas são reconhecidas pela prefeitura da cidade um dos principais eventos de atração de turistas. Estudos que investigaram os processos de consciência e de participação sociopolítica nas Paradas do Orgulho LGBT+, demonstraram que esses eventos de massa, além de conferirem visibilidade às agendas dos movimentos sociais, possibilitam a captação de novos ativistas e, sobretudo, o fortalecimento da função estruturante do elemento da diversidade no reposicionamento da consciência política dos sujeitos (Silva, 2006, 2011).

O enfrentamento da epidemia de HIV e Aids, sobretudo na década de 1990, conferiu visibilidade e inserção da população LGBT+ na agenda política e programática do Ministério da Saúde, aliado a um processo crescente de profissionalização do movimento social LGBT. Assim como a inclusão de ações direcionadas à população homossexual no “I Plano Nacional de Direitos Humanos” formalizado em 1996. No entanto, o “Programa Brasil Sem Homofobia”, publicado em 2004, é considerado o primeiro marco para o desenvolvimento de políticas intersetoriais voltadas aos segmentos LGBT+ no país (Brasil, 2004; Simões & Facchini, 2009).

Nos dois governos do presidente Luís Inácio Lula da Silva (2003 - 2011), houve um incremento no processo de institucionalização das demandas LGBT+, a exemplo da “I Conferência Nacional de LGBT”, a qual mobilizou um grande número de representantes e de delegados do poder público e da sociedade civil, assim como nas conferências estaduais ocorridas em todas as unidades da Federação (Mello, Brito & Maroja, 2012). Recentemente, avanços na regulação do uso do “nome social” para o segmento “trans” e o reconhecimento da união homoafetiva pelo Poder Judiciário, conferiram visibilidade social, bem como a observância tardia dos direitos LGBT+ (Gomes et al., 2018).

Não obstante os avanços conquistados nos espaços formais de participação social e política da população LGBT+, nessa trajetória iniciada com o Movimento Homossexual Brasileiro, no final da década de 1970, no campo da saúde coletiva, somente em 2011 foi publicada pelo Ministério da Saúde, a “Política Nacional de Saúde Integral LGBT”, visando a promoção da equidade em saúde e a eliminação da

discriminação e do preconceito institucional. Entretanto, na perspectiva intersetorial, a implementação dessa política é um desafio hercúleo a ser equacionado pelo Sistema Único de Saúde (Brasil, 2011).

1.2 A emergência do movimento social de Aids no Brasil e no eixo São Paulo - Rio de Janeiro.

Os primeiros casos de Aids foram descritos, em 1981, pelo Centro de Controle de Doenças de Atlanta, nos Estados Unidos, nas cidades de São Francisco e Nova York. A doença produziu impactos nas relações sociais e afetivas e gerou mudanças significativas na vivência da sexualidade humana. A partir da metáfora da peste, Susan Sontag (1989), sumariza o estigma gerado pela doença e a sua capilaridade social.

a ideia de que a AIDS vem castigar comportamentos divergentes e a de que ela ameaça os inocentes não se contradizem em absoluto. Tal é o poder, a eficácia extraordinária da metáfora da peste: ela permite que uma doença seja encarada ao mesmo tempo como um castigo merecido por um grupo de "outros" vulneráveis e como uma doença que potencialmente ameaça a todos. (...) Mais do que o câncer, e de modo semelhante à sífilis, a AIDS parece ter o poder de alimentar fantasias sinistras a respeito de uma doença que assinala vulnerabilidades individuais tanto quanto sociais. O vírus invade o organismo; a doença (ou, na versão mais recente, o medo da doença) invade toda a sociedade (Sontag, 1989, p. 127-8).

O advento da Aids produziu uma ampla gama de discursos e significados que colocaram em xeque a hegemonia do modelo biomédico na produção do cuidado. Em um cenário de pânico generalizado na década de 1980, a doença rapidamente foi associada à questões morais que extrapolaram o campo da saúde pública. Nessa perspectiva, a incorporação da discussão dos direitos humanos no plano teórico e analítico contribuiu sobremaneira para um entendimento ampliado e contextualizado acerca da pandemia de HIV/Aids (Galvão, 2000). Assim, a noção de direitos humanos foi incorporada por diversos atores governamentais e não governamentais seja na produção de saberes sobre a epidemia, na organização do cuidado em saúde, nas ações programáticas de promoção da saúde e prevenção ao HIV e demais infecções sexualmente transmissíveis (IST) e na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas não circunscritas à saúde pública.

Segundo o médico Jonathan Mann (1989), é possível contextualizar a Aids em três epidemias. A primeira relacionada ao crescimento silencioso da infecção pelo HIV nos diversos segmentos sociais; a segunda marcada pelo adoecimento das populações afetadas; e a terceira assinalada pelas respostas e pelos impactos sociais e políticos, especialmente no que concerne ao preconceito e aos processos de estigmatização e discriminação das pessoas vivendo com HIV ou doentes de Aids. Na visão de Mann (1989), “essas três epidemias, de uma perspectiva global, permanecem instáveis, voláteis e dinâmicas” (p. 2).

A dinâmica da terceira epidemia problematizada por Mann (1989) está ancorada no desrespeito e na violação aos direitos humanos das pessoas afetadas pelo HIV/Aids, as quais são relegadas e concebidas pela sociedade, bem como pelos profissionais da saúde como pertencentes a “grupos de risco”, potencialmente perigosos aos parâmetros de seguridade da saúde pública. Cabe recordar que, na década de 1980, os chamados “grupos de risco” estavam associados basicamente a duas categorias sociais: os culpados e as vítimas. Os considerados culpados eram as pessoas que se infectaram pela via sexual (homossexuais ou profissionais do sexo) ou por compartilharem seringas e agulhas no uso de drogas injetáveis. Nesse rol, também foram incluídos os cidadãos haitianos que se relacionavam sexualmente com homens homossexuais norte-americanos. E os reconhecidos como vítimas eram os bebês, as crianças, os politransfundidos, os hemofílicos e as mulheres infectadas por seus companheiros promíscuos.

Essa estratégia de culpabilização das pessoas afetadas, alardeou, intensamente, um tipo de pânico moral propagado pelas mídias impressa e eletrônica brasileiras, assim como pelos veículos norte-americanos e europeus. Contudo, a rápida expansão da epidemia para outros segmentos da população não circunscrita aos clássicos “grupos de risco” revelou outras “faces da Aids”, bem como a necessidade de se compreender os “comportamentos de risco” além das práticas individuais, inclusive porque a ideia de risco fomentava, em certa medida, a estigmatização da população LGBT+ (Altman, 1998). Dessa forma, na década de 1990, a noção de vulnerabilidade social e econômica, proposta por Mann e Tarantola (1996), avançou na discussão e na proposição de ações para o enfrentamento dos elementos institucionais e sociais que

condicionam e determinam a vulnerabilidade individual e coletiva da infecção pelo HIV.

No Brasil, diversos pesquisadores balizaram as suas investigações no campo da Aids apoiados inicialmente nessa noção de vulnerabilidade. Tal noção, posteriormente legitimada como um conceito explicativo, forjou uma ferramenta analítica que permitiu compreender a complexidade da Aids a partir de três planos analíticos interdependentes: a vulnerabilidade individual, a vulnerabilidade programática ou institucional e a vulnerabilidade social (Ayres, Calazans, Saletti-Filho et al., 2009). A incorporação desse conceito ampliou sobremaneira o diálogo interdisciplinar entre o modelo biomédico clássico da epidemiologia e os saberes oriundos das ciências sociais e humanas em saúde, parametrizados pelo arcabouço dos direitos humanos. Nos últimos anos, outras áreas do campo interdisciplinar da Saúde Coletiva têm conduzido programas, políticas e práticas de saúde ancoradas no conceito da vulnerabilidade. Essas ações visam à compreensão e à condução de intervenções sobre os determinantes sociais que envolvem o processo saúde-doença-cuidado, baseadas em evidências científicas.

Nessa perspectiva, a saúde passa a ser compreendida, necessariamente, como uma questão de cidadania, e não mais, equivocadamente, restrita à dimensão biológica. Ou seja, como ausência de doença, dissociada da dimensão social. As intervenções de saúde, baseadas na lógica dos direitos humanos implica garantir um arcabouço ético-jurídico com potência para o desenvolvimento de políticas e ações protetivas aos segmentos mais vulneráveis da população, reconhecendo e respeitando as especificidades individuais e a diversidade dos grupos sociais (Brasil, 1999).

A luta das primeiras ONGs/Aids e posteriormente dos fóruns estaduais de ONGs/Aids de São Paulo e do Rio Janeiro, fez emergir um novo tipo de ativismo social em prol da solidariedade e da defesa da vida das pessoas afetadas, dos seus amigos e familiares. Nessa ótica, a incidência política ancorou-se no direito à saúde, no desvelamento da complexidade dos determinantes do processo saúde-doença e, principalmente na pressão junto aos gestores responsáveis pela condução das políticas públicas de prevenção e assistência (Galvão, 2000; Câmara, 2002; Barboza & Silva, 2013). A emergência da Aids, portanto, impactou na organização do Movimento

Homossexual Brasileiro, uma vez que muitas de suas principais lideranças passaram a militar em novas organizações e fóruns o que desestabilizou as lutas identitárias que foram o palco da primeira onda desse movimento. Isso gerou um certo hiato entre as ações desenvolvidas na década de 1970 e os anos finais da década de 1990 (Silva, 2006).

As pessoas afetadas pela epidemia, organizadas coletivamente nas ONGs/Aids, desempenharam um papel ímpar na desconstrução da doença como sinônimo de uma sentença de morte. Para combater o estigma e a exclusão social, Herbert Daniel desmistificou a ideia de “morte em vida” ou “morte civil” em decorrência da Aids e propôs um novo conceito para o seu enfrentamento: o “viver com HIV/Aids”, baseado na solidariedade e no ativismo político. Segundo o sociólogo Daniel (1994) “a solidariedade é uma força política, a única capaz de transformar o mundo” (p. 7).

É imperativo contextualizar que Herbert Daniel foi um revolucionário de esquerda e homossexual. Participou em organizações clandestinas de luta armada contra a ditadura civil-militar no Brasil que perdurou, de 1964 a 1985, bem como na defesa incansável de políticas voltadas à diversidade sexual e ao enfrentamento da epidemia na Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) e no Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids (Pela *Vidda*/RJ), do qual foi fundador. Segundo Green (2018), Herbert Daniel foi infectado pelo HIV em 1989 e faleceu em Copacabana no Rio de Janeiro em 29 de março de 1992. Sua morte se deu no período anterior ao manejo clínico da Aids com a terapia antirretroviral altamente potente (HAART), a qual é fundamental para o aumento da sobrevivência.

No ranking das principais causas de mortalidade elencadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a Aids passou da 8ª posição em 2000 para a 19ª posição em 2019. Nas últimas duas décadas, a análise do perfil epidemiológico indicou uma redução de 51% na mortalidade em decorrência da Aids no mundo (World Health Organization, 2020a).

Na agenda da OMS, a pandemia de Aids segue sendo um dos principais problemas de saúde pública global. A OMS estima que 84,2 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV e 40,1 milhões foram a óbito por causas relacionadas à Aids. Até o final do ano de 2021, havia cerca de 38,4 milhões de pessoas vivendo com HIV e

Aids, entretanto, somente 28,7 milhões estavam em tratamento com a terapia antirretroviral. Nesse ano, 650 mil pessoas faleceram por doenças relacionadas à Aids. Estima-se que ocorreram cerca de 1,5 milhão de novas infecções pelo HIV no ano de 2021, reiterando a urgência de uma resposta global. Em que pese os avanços empreendidos pela OMS, nesse ano, a agência avaliou que somente 75% de todas as pessoas vivendo com HIV no mundo acessaram o tratamento antirretroviral conhecido como “coquetel” (World Health Organization, 2016; Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2022).

No Brasil, o Ministério da Saúde notificou 1.088.536 casos de Aids de 1980 até junho de 2022. Em 2019, a taxa de detecção de Aids registrada foi de 18,2 casos por 100 mil habitantes. Nos anos de 2020 e 2021, as taxas aferidas foram de 14,5 casos por 100 mil habitantes e 16,5 casos por 100 mil habitantes, respectivamente, portanto, inferiores à taxa de detecção de 2019. Esse decréscimo refere-se à subnotificação de casos em decorrência dos impactos causados pela pandemia da COVID-19 que sobrecarregou os serviços de saúde. De acordo com o perfil epidemiológico, os casos são concentrados, majoritariamente, nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo a 50,1% e 19,7%, respectivamente. As regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste representam 16,7%, 7,1% e 6,3% do total dos casos, respectivamente (Ministério da Saúde, 2022).

Em todas as macrorregiões, a transmissão do HIV pela via sexual, entre homens e mulheres, com 13 anos ou mais apresentou maior prevalência. Em 2021, na região Sudeste, entre os homens, houve um predomínio da categoria de exposição de homens que fazem sexo com homens perfazendo 51,2% dos casos, ao passo que na região Sul predominou a categoria heterossexual com 45,2%. Entre as mulheres, a categoria mais prevalente em todas as regiões foi a sexual, com percentuais superiores a 80% de transmissão do HIV, demonstrando assim, a relevância da vulnerabilidade feminina e a necessidade premente de ações preventivas para a redução da incidência. Em relação ao quesito raça/cor, em 2021, as proporções aferidas de casos de Aids foram de 60,7% entre os homens negros e 58,5% entre as mulheres negras. Quanto ao perfil etário, verificou-se a maior concentração de casos na faixa entre 25 e 39 anos, sendo 51,7% no sexo masculino e 47,4% no sexo feminino (Ministério da Saúde, 2022).

O Ministério da Saúde registrou no período de 1980 a 31 de dezembro de 2021 um total acumulado de 371.744 óbitos relacionados ao HIV/Aids como causa básica. A região Sudeste liderou o ranking de mortes com 56,6%, seguida pelas regiões Sul (17,9%), Nordeste (14,5%), Norte (5,6%) e Centro-Oeste (5,4%). No ano de 2021, foram notificados 11.238 óbitos no Sistema de Informações sobre Mortalidade, sendo 37,8% oriundos da região Sudeste, 22,9% do Nordeste, 20,3% do Sul, 12,0% do Norte e 7,0% do Centro-Oeste (Ministério da Saúde, 2022).

A análise das tendências epidemiológicas indica que a doença deve continuar concentrada no Brasil por um longo período, reforçando assim, a importância de ações programáticas eficazes e potentes para intervir nos contextos de vulnerabilidade. Nas populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV, a exemplo dos usuários de drogas, os homens que fazem sexo com homens e as profissionais do sexo, verificam-se prevalências mais elevadas comparadas à população em geral (Barbosa Junior et al., 2009; Ministério da Saúde, 2022). Na quarta década da epidemia, as desigualdades regionais impactam sobremaneira o acesso universal aos meios de prevenção, ao diagnóstico oportuno e a integralidade da atenção no SUS, revelando, portanto, vulnerabilidades programáticas que apontam desafios na implementação das políticas intersetoriais e nas parcerias e interfaces com as ONGs/Aids.

2 O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA E A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL.

A trajetória da Saúde Pública desde o período do colonialismo português esteve relacionada à filantropia. As primeiras Santas Casas de Misericórdia do país foram criadas em Santos, São Paulo, Salvador, Rio de Janeiro e Olinda, dedicadas prioritariamente ao controle das doenças contagiosas. Posteriormente, no período do Império, foram agregadas estruturas de saúde baseadas na estratégia da “polícia sanitária” para assegurar a vigilância sanitária dos portos e a manutenção do comércio local e internacional. Na República Velha, até a década de 1930, o poder público concentrou as ações sanitárias no controle da febre amarela, da varíola, da peste e das doenças de massa como a tuberculose, a hanseníase, a sífilis e as endemias rurais. Somente em 1923, com a publicação da Lei Elói Chaves, instituíram-se as “Caixas de Aposentadoria e Pensão” e, posteriormente, os “Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs)” na ditadura Vargas, articulando a saúde dos trabalhadores, segundo a sua inserção laboral, no sistema previdenciário. A criação do Ministério da Saúde ocorreu somente em 1953 em um cenário de transição do perfil epidemiológico marcado pela emergência das doenças crônicas e degenerativas e a manutenção das endemias rurais. No período do golpe e da ditadura militar, os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, e houve o incentivo à expansão da assistência privada à saúde, sobretudo com a reforma, ampliação e construção de hospitais localizados em cidades de grande porte, financiados com recursos públicos (Paim et al., 2011; Carvalho, 2013).

O projeto da Reforma Sanitária Brasileira teve seu auge nas décadas de 1970 e 1980 com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, resultado da Constituição Cidadã de 1988 em curso no país (Brasil, 1988). Posteriormente, com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, levou-se a cabo a “estadualização” das ações de saúde, transferindo-se, assim, as responsabilidades pela gestão para esse ente federado, como estratégia de transição para a futura implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990 (Paim, 2008; Paim et al., 2011).

A Reforma Sanitária em sua concepção original foi pensada como um projeto amplo de transformação social, baseado no engajamento solidário de diversos setores governamentais e da sociedade civil. No entanto, o processo da reforma foi restrito ao Setor Saúde, onde houve uma grande mobilização de sujeitos políticos que atuaram no sentido de restabelecer as instituições democráticas do país durante e após o período da ditadura militar. Nessa ótica, segundo a visão de alguns militantes desse período, o movimento da Reforma Sanitária foi uma “promessa não cumprida”, de caráter incremental, sendo considerada uma reforma parcial e restrita às questões atinentes ao financiamento e à gestão do SUS (Paim, 2008; Paim et al., 2011). Em linhas gerais, a Reforma Sanitária criticava as ações verticalizadas de saúde impostas durante a ditadura militar, a ausência de um sistema universal com a consequente exclusão de um número significativo de pessoas do direito à saúde, o caráter curativo do sistema de saúde, voltado para a assistência hospitalar e a carência de ações de prevenção e promoção da saúde.

Jairnilson Paim et al., (2011), reconhecido pela comunidade científica como um dos principais pesquisadores da Reforma Sanitária Brasileira, em conjunto com outros colaboradores, ressaltam que “a concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público” (p.18).

Nessa perspectiva, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, é considerada um marco na definição das bases do SUS ao aludir uma concepção ampliada de saúde orientada para a promoção da qualidade de vida da população. Essa posição política foi ancorada nas recomendações da Carta de Ottawa, resultado da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que ocorreu no mesmo ano no Canadá. Nessa ocasião, as delegações participantes da conferência assumiram que a saúde, em última instância, é o resultado de um conjunto de fatores externos interdependentes, os quais condicionam e determinam a situação de saúde de uma população, a exemplo da justiça social, do meio ambiente, do acesso aos bens de consumo, à renda e à educação em oposição à ideia de saúde como ausência de doença. O documento final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), enfatizou o papel das políticas públicas de saúde, postulando que o

direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (Brasil, 1986, p. 4).

Outro desfecho fundamental da VIII Conferência Nacional de Saúde referiu-se à criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, a qual subsidiou os parlamentares no processo transformação do texto constitucional, sobretudo no que tange aos artigos nº 196 e nº 198, constantes da futura Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, promulgada em 1990, que instituiu o SUS. Vale sublinhar que, somente a partir da Constituição de 1988, a saúde foi reconhecida pela primeira vez na história sanitária brasileira como um direito de cidadania, não vinculado à contribuição previdenciária dos trabalhadores e passou a ser um dever do poder público assegurá-la para todos os cidadãos de forma igualitária. O artigo nº 196 em vigência, preconiza que

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, s/p.).

Ademais, o artigo 198, detalha os princípios e as diretrizes operativas que devem nortear o funcionamento do sistema e da rede pública de saúde no país, advogando que

as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - Participação da comunidade (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, s/p.).

Desta feita, a criação do SUS enquanto uma política pública, ao conceber a saúde como um direito constitucional, representou um novo paradigma no sistema de proteção social brasileiro, assegurando o acesso igualitário com base nos princípios da universalidade e da integralidade da atenção nos níveis da promoção, prevenção, cura e reabilitação (Brasil, 1990a). Do ponto de vista executivo, o Estado avançou no processo de descentralização na década de 1990 e nos anos 2000, assim como na criação dos conselhos e das conferências de saúde em todas as esferas de gestão em

consonância às deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde, promovendo a participação popular e o controle social da política de saúde pelos movimentos populares e entidades de representação da sociedade civil (Brasil, 1990b).

Contudo, é premente situar que o SUS representa uma importante conquista da sociedade brasileira implantada na contramão das políticas e dos programas neoliberais preconizados pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI). Posteriormente ao Consenso de Washington, em 1989, observou-se a indução de políticas de ajuste estrutural macroeconômico, baseadas em uma concepção de “Estado mínimo”, associada à drástica redução do papel desempenhado pelo poder público nas políticas sociais. Esse processo impulsionou a privatização de instituições públicas e a transferência da prestação de serviços governamentais para organizações do Terceiro Setor.

Nessa linha de pensamento da gestão da coisa pública, a burocracia e o engessamento das ações estatais deveriam ser combatidas severamente, inclusive com uma drástica redução do quadro de servidores concursados em nome de uma suposta modernização da máquina pública. Dessa forma, as agências internacionais, no que concerne ao cenário latino-americano restringiram o financiamento de políticas de bem-estar social alinhadas ao modelo do *Welfare State*, financiando somente políticas de caráter focalizado e neoliberal em oposição às políticas de acesso universal. Portanto, o acesso aos recursos pela via dos acordos de empréstimo com o Banco Mundial foi condicionado ao cumprimento de exigências e de prioridades estabelecidas por esse órgão disseminador de “ideias e políticas”, impactando diretamente os setores da Saúde, da Educação e da Assistência e Desenvolvimento Social desses países (Pereira, 2015).

Os efeitos negativos nas políticas sociais alinhadas à racionalidade do Estado de Bem-estar Social são mais evidentes nos países da América Latina. Apesar do contexto socioeconômico adverso dessas democracias, os sistemas de proteção social conseguiram aumentar a cobertura e reduzir a pobreza, sobretudo no Chile e no Brasil, entretanto, não foram efetivos nas medidas necessárias para assegurar a sustentabilidade de direitos universais para os cidadãos. Além dos limites dos investimentos financeiros, as políticas públicas implementadas nesses países passaram

a direcionar os recursos públicos para prestadores de serviços do setor privado, levando a novos arranjos econômicos, como a remercantilização.

Sonia Fleury (2017) adverte que esse tipo de modelo de inclusão social fragmentado pode ter se exaurido, ao afirmar que:

essas inovações têm sido eficazes na redução da pobreza, mas ainda estão distantes dos ideais de forjar uma sociedade democrática baseada em direitos sociais, solidariedade e assegurando as mesmas oportunidades para todos os cidadãos. Paradoxalmente, pode-se observar a existência de benefícios sem direitos (transferências em dinheiro) e direitos sem benefícios (saúde e educação) (Fleury, 2017, p. 8).

No Brasil, nos anos 1990, no âmbito da gestão pública, o papel do Estado foi revisado a partir da implantação do “Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado”, elaborado, em 1995, no primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso (Brasil, 1995). A Reforma do Estado, comandada pelo ministro do planejamento Bresser Pereira, objetivou tornar a administração pública mais eficiente, aliviando o Estado da “sobrecarga de demandas a ele dirigidas, sobretudo na área social” (Brasil, 1995, p. 1) com a delegação das funções gerenciais e da prestação de serviços públicos para empresas privadas e organizações do Terceiro Setor.

Nessa ótica, o Estado passou a desempenhar um papel focado nas ações de regulação e de gerência dos recursos públicos, adotando processos e instrumentos empregados pelo setor privado na administração da coisa pública, visando uma maior eficiência e efetividade das políticas sociais. No caso da política de saúde, para assegurar a oferta de serviços e de procedimentos em todos os níveis da atenção à saúde, a implantação do SUS foi ancorada em um sistema de saúde híbrido. Nesse sistema, operam simultaneamente os serviços públicos e um subsistema privado, conformando, assim, um tipo de *mix* público-privado, sob a regulação dos respectivos entes públicos de cada esfera gestora da saúde no país (Heimann, Ibanhes & Barboza, 2005).

No que concerne ao SUS, no final da década de 1990, ocorreram mudanças significativas na condução da gestão da saúde pública. A contratação de serviços e de recursos humanos passou a ser gerenciada por Organizações Sociais de Saúde (OSS) ou por Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), reduzindo

sobremaneira a gestão no âmbito da administração direta e a contratação de servidores por meio de concursos públicos. Esse novo tipo de arranjo institucional, consolidou-se nas décadas subsequentes e continua em vigência no estado de São Paulo, servindo de “modelo de gestão” para outras Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde do país. Desse modo, as funções estatais foram paulatinamente substituídas por programas, projetos e serviços terceirizados, fragmentando-se a gestão da administração pública ao separar e transferir as funções gerenciais para a administração indireta. Ademais, observam-se lacunas na capacidade de regulação do poder público com uma baixa efetividade no controle dos processos de fiscalização técnico-administrativa das parcerias firmadas com as organizações privadas (Barboza, 2013).

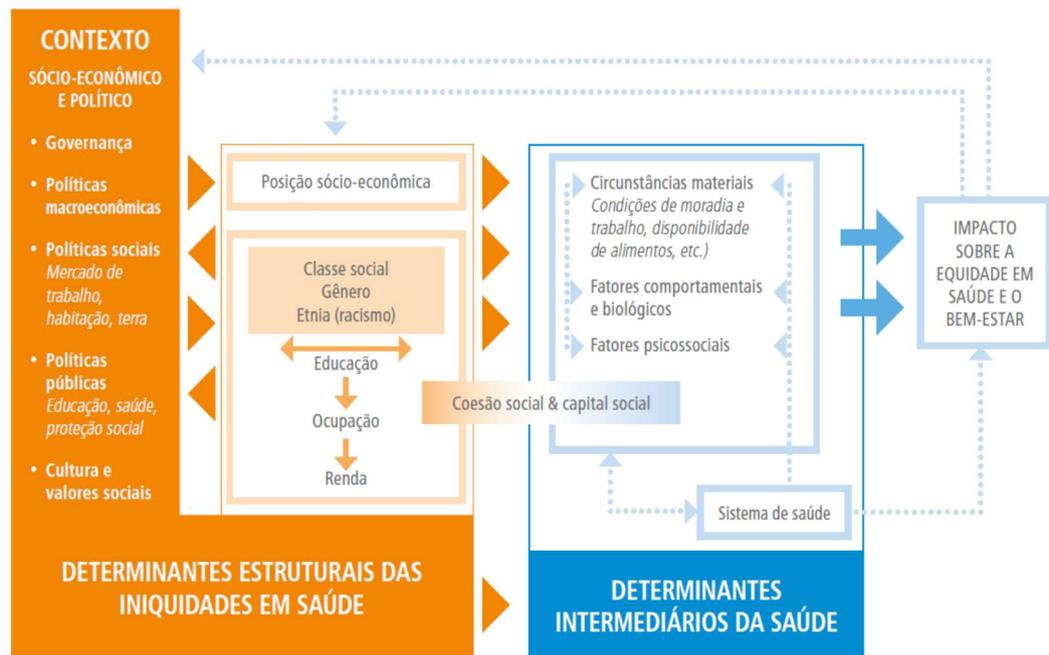
Nos últimos anos, com o crescente subfinanciamento do SUS, diversas Secretarias Municipais de Saúde optaram por esses arranjos institucionais para contratar a força de trabalho, via OSCIP, OSS e cooperativas. Entretanto, os municípios vem enfrentando sérias dificuldades para manter esses contratos, bem como a fixação e a fidelização dos recursos humanos devido à alta rotatividade, fragilizando, assim, a integralidade dos cuidados de saúde, especialmente na rede de Atenção Básica e nos demais serviços de média e alta complexidade.

Desde a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, a preocupação em adotar o conceito ampliado de saúde estava posta em suas diretrizes programáticas, superando o enfoque centrado na doença, anteriormente utilizado pela comunidade científica internacional. Destarte, a OMS, ao definir a “saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, coloca em relevo a importância dos elementos socio-psico-políticos e ambientais para o planejamento e execução de ações efetivas relacionadas ao processo saúde-doença. Ao considerar que os objetivos propostos na Conferência de Alma-Ata realizada no final da década de 1970, cujo lema era “Saúde para todos no ano 2000” não foi alcançado em nível global, a questão dos determinantes sociais e a sua relação com as condições de vida e a situação de saúde passaram a ter prioridade na agenda da OMS. Em 2005, a OMS instituiu uma “Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde” (CDSS), almejando a promoção da equidade em saúde e do bem-estar da população (Organização Mundial da Saúde, 2011).

No Brasil, uma comissão nos mesmos moldes foi criada, por meio de um decreto presidencial publicado em 2006, constituindo um grupo de trabalho intersetorial envolvendo diversos ministérios, além dos Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde. Os objetivos definidos versaram sobre a produção de conhecimentos e informações sobre os determinantes sociais da saúde; a implementação de políticas orientadas para a promoção da equidade em saúde; e a promoção de ações de sensibilização e mobilização da sociedade civil sobre esse tema. Em síntese, três compromissos balizam os trabalhos da CDSS em vigência, a saber: o compromisso com as ações de mitigação das iniquidades de saúde no país; o compromisso com a promoção da equidade em saúde para garantir o direito universal à saúde; e o compromisso com a produção de evidências científicas para apreender em profundidade a relação entre os determinantes sociais, a produção de iniquidades em saúde e quais são as intervenções necessárias para modificar esses contextos de vulnerabilidade (Buss & Pellegrini Filho, 2007).

Desta feita, como demonstra a Figura 1, faz-se necessário apreender em profundidade como opera a complexidade da hierarquia dos determinantes estruturais e intermediários das iniquidades em saúde entre os diversos fatores sociais, econômicos, políticos e culturais e o impacto na situação de saúde dos vários grupos sociais e dos indivíduos, em oposição a uma explicação reducionista e equivocada, baseada em uma relação de causa-efeito, adotada em épocas passadas para explicar e intervir sobre os problemas de saúde.

Figura 1. Marco conceitual dos determinantes sociais da saúde.



Fonte: Solar & Irwin (2010), adotado pela Organização Mundial da Saúde (2011).

Esse marco conceitual alude à função estratégica da intersetorialidade na gestão das políticas públicas, uma vez que as intervenções sob os determinantes estruturais no campo da saúde dependem da capacidade de resposta e, sobretudo, de uma produção de resultados sinérgicos sustentáveis. Nas últimas décadas, a administração pública tem envidado esforços, entretanto, ainda incipientes e de baixo impacto para incorporar a diretriz da intersetorialidade na condução das políticas públicas e na agenda programática. Assim, romper com essa lógica hegemônica setorial e fragmentada é um desafio que demanda dos gestores um processo de formação qualificada, especialmente no âmbito da promoção da saúde no SUS no que concerne à construção e à consolidação de um pensamento social em saúde no Brasil (Dalfior et al., 2015; Azevedo et al., 2012, Ianni et al., 2014).

No cenário recente, o Pacto pela Saúde em curso, publicado pelo Ministério da Saúde em 2006, contempla o “Pacto pela Vida”, o “Pacto em Defesa do SUS” e o “Pacto de Gestão” ao propor um conjunto de responsabilidades sanitárias a partir de prioridades definidas pelos gestores para a melhoria dos indicadores de saúde do país. Na ótica das políticas públicas de saúde, o Pacto pela Saúde almeja promover

inovações e fortalecer a condução da gestão com vistas à maior eficiência e qualidade das ações implementadas nas três esferas governamentais para melhoria da situação de saúde. Dentre as metas propostas destacam-se o aprimoramento das estratégias e dos espaços de mobilização popular, por meio do exercício do controle social na perspectiva da repolitização do SUS e do projeto de transformação social vislumbrado pela Reforma Sanitária Brasileira (Brasil, 2006a).

Do ponto de vista institucional observaram-se avanços após a implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS ratificada pelo Ministério da Saúde na portaria nº 3.027/2007 (Brasil, 2007). Essa política conhecida como “ParticipaSUS” objetivou qualificar a eficácia, a eficiência e a efetividade da gestão participativa baseada em mecanismos de apoio e fomento à participação popular e ao controle social. Dentre as estratégias de ação destacam-se a educação popular e a mobilização social com vistas à promoção da participação dos usuários do SUS, dos movimentos populares e entidades engajadas na luta pelo direito à saúde, bem como a interlocução entre profissionais da saúde, gestores e ativistas de movimentos sociais. Um estudo de pré-avaliação sobre o marco lógico do “ParticipaSUS” conduzido com profissionais da Secretaria de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde e especialistas no tema em tela, concluiu que os componentes, as ações e os indicadores propostos caracterizam uma intervenção plausível com vistas ao aprimoramento da gestão do SUS (Bezerra et al., 2012).

No que concerne à gestão do SUS está em curso o decreto nº 7.508/2011, o qual regulamenta, tardiamente, a Lei 8.080/1990, publicizando a organização do SUS e a definição das competências interfederativas (Brasil, 2011). O referido decreto fortaleceu a diretriz da regionalização ao propor parâmetros para a criação das regiões de saúde e das redes de atenção à saúde, articulando um conjunto de serviços com diferentes níveis de complexidade para assegurar a integralidade da atenção no território sanitário. Ademais, prevê a implantação dos Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde (COAP), mecanismo baseado na pactuação de metas, vinculadas à alocação de recursos financeiros e responsabilidades compartilhadas pelas três esferas gestoras do SUS. Contudo, após vários anos da edição do decreto, a implantação do COAP ainda não foi suficientemente efetivada, fragilizando a gestão

da saúde pública, especialmente quanto ao incremento dos recursos financeiros necessários à expansão da cobertura e da resolubilidade das redes de atenção à saúde.

Outro ponto central do Pacto pela Saúde refere-se ao fortalecimento e à resolutividade da Atenção Básica, a qual deve ser o nível estruturante do sistema local de saúde em interface com os níveis de maior complexidade da rede visando à integralidade dos cuidados, portanto, na contramão do modelo hospitalocêntrico criticado pela Reforma Sanitária nas décadas passadas. De acordo com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, a estratégia da “Saúde da Família”, tem sido o eixo condutor da reorganização do modelo de atenção à população, ainda em vigência, apesar das adversidades políticas e financeiras do cenário macropolítico. No âmbito do SUS, o escopo da reorientação desse modelo, bem como a organização das linhas de cuidado são balizadas pela Política Nacional de Atenção Primária à Saúde (2006b), que compreende:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida (...) sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (...). Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2006b, p. 10).

Para concretizar o papel da Atenção Básica na perspectiva da integralidade preconizada pelo SUS, Giovanella e colaboradores (2009) ressaltam que os gestores devem envidar esforços no sentido de estruturar sistemas municipais de saúde que funcionem em rede para a provisão das linhas de cuidado, centrados nos usuários e com capacidade de resposta para atender todas as necessidades de saúde da população de um determinado território. Dessa forma, nas últimas décadas, almeja-se que a Atenção Básica se constitua na porta de entrada preferencial do SUS, oportunizando o acesso universal e integral ao cuidado, com qualidade e resolutividade.

No que tange à produção teórica no campo da Atenção Primária à Saúde, Barbara Starfield (2002) destaca quatro atributos que devem ser observados na organização dos sistemas locais de saúde: a atenção no primeiro contato (porta de entrada) com vistas a assegurar a acessibilidade e o uso dos serviços; a longitudinalidade do cuidado, baseada na garantia da oferta regular da atenção ao longo do tempo, valorizando-se os vínculos entre o serviço, às equipes e os usuários; a integralidade da atenção em consonância com as necessidades de saúde da população adscrita e a oferta dos cuidados; e a coordenação da rede de atenção com garantia do acesso contínuo dos usuários aos níveis mais complexos, quando necessário.

Considerando-se que a Atenção Básica é um *locus* de cuidado à saúde privilegiado para promover ações preventivas e de tratamento às IST/Aids, desde os anos 2000, o Ministério da Saúde definiu diretrizes programáticas para fomentar a interface entre os serviços da rede especializada às IST/Aids e da Atenção Básica. Trata-se de uma estratégia impar para ampliar o acesso ao diagnóstico precoce do HIV nas unidades da Atenção Básica, assim como o referenciamento dos casos positivos em tempo adequado para os serviços especializados. A possibilidade concreta de reduzir e até mesmo zerar os novos casos de transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita com o seguimento apropriado das gestantes evidencia a relevância da articulação e da integração entre esses serviços. Ademais, o diagnóstico e o tratamento efetivo das IST conduzido pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde por meio da abordagem sindrômica, corroboram a relevância dessa interface, além do impacto na interrupção da cadeia de transmissão das IST e, sobretudo na prevenção do HIV entre a população em geral e nas populações mais vulneráveis.

Em 2008, dentre os desfechos da Política Nacional de Atenção Básica, o Ministério da Saúde, ao considerar a densidade tecnológica desse *locus* de cuidado, instituiu uma nova modalidade de serviço, denominada “Núcleo de Apoio à Saúde da Família” (NASF). Trata-se de uma equipe multiprofissional formada por categorias definidas segundo prioridades identificadas pelos gestores municipais e que atua no matriciamento e suporte técnico às equipes da Atenção Básica no território. Dessa forma, espera-se que os NASFs desempenhem uma dupla função, ou seja, a retaguarda especializada com foco clínico-assistencial e o suporte técnico-pedagógico na formação das equipes. No entanto, cabe frisar que no país a cobertura desses

equipamentos ainda é reduzida e, apesar de haver um incentivo do governo federal, onera sobremaneira o orçamento municipal da saúde, o qual, não raro, não consegue arcar com os salários dos profissionais.

Não obstante aos avanços alcançados nas ações primárias em saúde no SUS, a “longitudinalidade do cuidado” e o papel coordenador e estruturante da Atenção Básica ainda não foram suficientemente equacionados no Brasil, sobretudo nas regiões metropolitanas onde estão concentrados os bolsões de pobreza e, conseqüentemente, as iniquidades no acesso à saúde das populações vulneráveis, devido à baixa efetividade e eficiência das políticas intersetoriais ou a inexistência das mesmas. Corroborando essas vulnerabilidades no plano programático da gestão, estudos demonstram que em contextos metropolitanos ainda persistem deficiências na qualidade dos cuidados primários em saúde, solapando a integralidade e a resolutividade no referenciamento dos usuários para os níveis de maior complexidade (Barboza & Morais, 2014).

Não obstante a expansão da cobertura da “Estratégia Saúde da Família” (ESF) nas várias regiões do país, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, o ritmo de crescimento e a disponibilidade de equipes nos municípios de médio e grande porte nas regiões metropolitanas, ainda são insuficientes frente às demandas da população, impactando negativamente o acesso à saúde (Viana et al., 2006). Cabe sublinhar que a reorientação do modelo de atenção, com foco na organização da “Saúde da Família” é uma estratégia de longo prazo, a qual demanda políticas públicas de caráter permanente. As evidências atestam que no presente momento, faz-se necessário qualificar a proatividade dos gestores com vistas ao cumprimento das pactuações e alocação de recursos, submetidos à fiscalização dos conselhos de saúde e, sobretudo, dos usuários dos serviços, em respeito ao princípio da participação popular. Isso ainda pode ser considerado um desafio a ser conquistado pela jovem democracia brasileira (Brasil, 1990b).

Para além de uma estrutura de financiamento interfederativa, orientada para a sustentabilidade de um sistema público e universal de longo prazo; da proatividade da gestão pública na regulação do *mix* público-privado; da reorientação do modelo de atenção em curso pela ESF, com foco na resolutividade da Atenção Básica articulada

aos níveis mais complexos do cuidado em saúde, em última instância, o desafio precípua do SUS no atual cenário é de ordem política, o que não poderá ser equacionado somente na esfera técnico-programática, mas, sobretudo com a mobilização ativa de todos os segmentos da sociedade brasileira.

Para tanto, a Saúde Coletiva deve revisitar a construção do pensamento crítico que a caracterizou desde sua origem, retomar o conceito ampliado de saúde, ater-se às questões contra-hegemônicas e culturais – entre elas as desigualdades – e voltar a articular a política com as dimensões técnico-científicas. Se até a primeira década dos anos 2000 é clara a percepção de que a Saúde Coletiva se consolidou como campo científico, diante dos novos tempos, outros desafios se colocam frente a sua (re)fundação como projeto interdisciplinar e crítico da cultura científica e das práticas médica e sanitária tradicionais (Scheffer & Schraiber, 2017, p. 490).

2.1 A implantação dos Programas Estaduais de Aids em São Paulo e no Rio de Janeiro.

Ao analisar a trajetória da resposta brasileira para o enfrentamento da epidemia de Aids, o antropólogo Richard Parker e colaboradores (1999) destacam a relevância da mobilização social e da militância política de alguns grupos da sociedade civil, que pressionaram o poder público na área da saúde para implantar ações concretas de controle da doença. Nesse contexto, em 1983, os militantes do movimento de defesa dos direitos dos homossexuais, os grupos “Somos” e “Outra Coisa”, reivindicaram uma posição oficial da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP).

Em resposta, a SES/SP criou um grupo de trabalho formado por infectologistas, sanitaristas, biólogos, além de profissionais das ciências sociais na Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária, sediada no Instituto de Saúde. As recomendações desse grupo de trabalho evoluíram para a implantação do primeiro programa governamental de controle da Aids no país. Esse programa, segundo Paulo Roberto Teixeira (1997), teve como atribuição, “coordenar as atividades de diagnóstico, controle, orientação e tratamento dos casos de SIA [sigla utilizada na época para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida]” (p. 45).

Posteriormente, adotou-se a sigla AIDS e não SIDA empregada pelos países lusófonos e de língua espanhola, dado que a primeira sigla já era de conhecimento da população em geral e largamente disseminada pelos veículos de comunicação nacionais e estadunidenses. À época, no Instituto de Saúde, havia um ambulatório responsável pelo diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST), o qual passou a atender e a notificar compulsoriamente os casos de Aids em linha com as ações de vigilância epidemiológica. O Hospital Emílio Ribas foi designado como referência hospitalar e o Instituto Adolfo Lutz como referência para o processamento dos exames, ambos equipamentos da estrutura da SES/SP. Nesse mesmo ano foi criado o serviço Disque-Aids, sediado na Seção de Elucidação e Diagnóstico do Instituto de Saúde para acolher e orientar a população sobre as medidas preventivas e, simultaneamente, informar e subsidiar tecnicamente os profissionais da saúde.

Nessa fase de implantação das ações programáticas, ainda restrita ao estado de São Paulo, Richard Parker (2003) ressalta que as primeiras ações para informar a população

tendiam a crescer do chão, vindas dos representantes das comunidades afetadas, tais como o emergente movimento dos direitos gays e do compromisso de setores progressistas dentro dos serviços de saúde pública estaduais e locais, que conseguiram rapidamente se alistar como aliados destas comunidades (Parker, 2003, p. 43).

Os grupos “Somos” e “Outra Coisa”, extintos em 1981 e 1984, respectivamente, foram convidados a integrar a coordenação do programa paulista e não aceitaram para manter uma posição independente no trato com o governo. Entretanto, participavam ativamente das reuniões técnicas e atuavam no desenvolvimento e na promoção de ações preventivas junto à comunidade homossexual, sobretudo em atividades de combate ao preconceito e à discriminação. Em 1985, em resposta à crescente pressão dos programas estaduais e de alguns programas municipais, criados à luz do programa paulista de controle da Aids, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Aids (Teixeira, 1997; Parker, Galvão & Bessa, 1999; Parker, 2003).

No intuito de intensificar as ações programáticas, a SES/SP criou em 1988, o Centro de Referência e Treinamento AIDS (CRT-AIDS), vinculado ao gabinete do secretário, com o objetivo de fortalecer o controle da epidemia; apoiar as Secretarias Municipais de Saúde na implantação de programas locais; desenvolver modelos tecnológicos de atenção e de prevenção ao HIV/Aids; e formar quadros de profissionais nas instâncias regionais da SES/SP e nos municípios em linha com a gestão descentralizada, ainda embrionária no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDES).

Posteriormente, essa diretriz que orientou a descentralização das ações programáticas se consolidou com o avanço da implantação do SUS em consonância às Leis 8.080/1990 e 8.142/1990, resultantes do processo da Reforma Sanitária Brasileira (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b; Barboza, 2006). Em meados da 1990, o CRT-AIDS incorporou a atenção às doenças sexualmente transmissíveis e a instituição passou a ser denominada CRT-DST/AIDS. Cabe destacar que o CRT-DST/AIDS, desde a sua criação até o presente momento, acumula uma dupla função: atua como serviço de referência técnica no SUS e também na coordenação e articulação da política estadual de IST/Aids na formulação, implementação e avaliação das ações programáticas.

Em síntese, no estado de São Paulo, os diferenciais da construção da resposta paulista de controle da Aids foram marcados pela pressão inicial de grupos ativistas homossexuais e por uma resposta célere da SES/SP no processo de implantação e estruturação do programa. A posteriori, aprimorou-se a gestão do programa com a instalação de um centro de referência para coordenar, aglutinar e alavancar o processo de descentralização das ações programáticas junto aos municípios paulistas (Barboza, 2006).

No que concerne ao perfil epidemiológico, o estado de São Paulo notificou 310.099 casos de Aids no período de 1980 a junho de 2022. Esses casos representam 56,81% da região Sudeste e 28,48% do total do país. Nos anos de 2020 e 2021, as taxas de detecção aferidas no estado foram de 12,8/100 mil habitantes e 13,5/100 mil habitantes, respectivamente. A redução da taxa de detecção verificada em 2020 está subnotificada em função da sobrecarga provocada pela COVID-19 nos serviços de saúde. Nesses dois anos, ambas as taxas foram um pouco inferiores às observadas na

região Sudeste, ou seja, 13,2/100 mil habitantes e 14,5/100 mil habitantes. No ranking nacional de casos de Aids em 2021, a capital São Paulo, ocupou a 20ª posição com uma taxa de detecção de 17,9 por 100.000 habitantes (Ministério da Saúde, 2022).

A implantação do programa estadual de Aids do Rio de Janeiro seguiu um caminho diferente daquele percorrido por São Paulo. Desde 1983, houve uma preocupação com a investigação e a produção de conhecimento clínico e científico sobre os casos de Aids, capitaneada pelo médico Carlos Alberto Morais de Sá no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle e pelo pesquisador Bernardo Galvão, chefe do Departamento de Imunologia da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Contudo, a implantação de um programa amplo de pesquisa sobre a Aids só foi possível graças ao apoio do sanitarista Sérgio Arouca, oriundo da Escola Nacional de Saúde Pública, que assumiu a presidência da Fiocruz em maio de 1985. Diferentemente de São Paulo, a comunidade gay carioca não pressionou as autoridades governamentais para a implantação de um programa de controle para Aids e a iniciativa de buscar o apoio desse segmento foi uma iniciativa dos médicos que precisavam de pacientes para estudar essa nova doença (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a).

O programa coordenado pelo Dr. Bernardo Galvão na Fiocruz realizava ações de assistência e pesquisa e também de orientação e prevenção sobre a Aids. Ressalta-se que ele foi o primeiro pesquisador brasileiro a isolar em laboratório o vírus HIV no ano de 1987. Os pesquisadores Laurindo-Teodorescu e Teixeira (2015a) elucidam que “dessa forma, a criação do primeiro Programa de Aids do Rio de Janeiro foi uma iniciativa da instituição federal de ensino e pesquisa e não da secretaria estadual ou municipal” (p. 92).

Em 1985, o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle vinculado a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), havia implantado um ambulatório com uma equipe multidisciplinar e também contava com o trabalho de voluntários. Na sequência, houve a criação do GAPA-RJ que atuava em conjunto com o Gaffrée e Guinle na luta contra a Aids. Além dele, o Hospital de Clínicas Pedro Ernesto, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro que contava com um serviço de doenças infecciosas e parasitárias e o Hospital Universitário do Rio de Janeiro (Hospital do Fundão) da Universidade Federal do Rio de Janeiro, destacam-se entre as primeiras

referências na assistência aos doentes de Aids. No final de 1984 e começo de 1985, Maria Leide Van Del Rey, da Secretaria de Estado da Saúde, reuniu os profissionais das várias instituições que estavam envolvidas em ações de assistência e investigação epidemiológica dos casos de Aids para dar encaminhamento à criação de um programa de controle da doença nessa secretaria.

Na sequência, o Dr. Álvaro Matida integrou a equipe e coordenou o Programa Estadual de DST/Aids do Rio de Janeiro durante 10 anos. Ele esteve em São Paulo para conhecer o programa paulista, implantado pelo Dr. Paulo Teixeira, mas como analisam Laurindo-Teodorescu & Teixeira (2015a) “em vez de identificar um serviço de referência, adotou uma estratégia baseada em parcerias com os cinco hospitais universitários existentes na cidade, os quais se tornaram polos de referência para a doença” (p.102). O enfrentamento do comércio de hemoderivados, causa capitaneada por Herbert Daniel foi uma das prioridades elencadas pelo programa fluminense, culminando, em 1986, no fechamento de vários bancos de sangue e na proibição da doação remunerada.

Ao comparar os dois programas governamentais dedicados ao enfrentamento da Aids, Álvaro Matida em entrevista aos pesquisadores Lindinalva Laurindo-Teodorescu e Paulo Teixeira, avaliou que as estratégias de ação adotadas foram diferentes nos dois estados em função das características da gestão da saúde. O antigo coordenador do programa fluminense, vocalizou que:

do ponto de vista da rede, São Paulo tem alguns personagens que têm um perfil sanitário e utilizaram esse perfil para lidar com a rede. Tem a regionalização em São Paulo que é muito arraigada na coisa de que precisa descentralizar, ou seja, um processo que casou com o SUS. No Rio de Janeiro, no início da década de 80, as regionais de saúde foram esvaziadas (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a, p. 104).

Em sua tese doutoral defendida na Escola Nacional de Saúde Pública da ENSP-Fiocruz, Álvaro Matida identifica dois períodos distintos na organização da resposta do programa de Aids fluminense. O primeiro, na década de 1980 com ações programáticas não sistematizadas, sem recursos orçamentários próprios e suficientes e um programa ainda não oficializado. E um segundo período, no qual as ações foram

institucionalizadas a partir da criação, em 1989, da Comissão Estadual de Controle de DST/Aids e da Divisão de Controle de DST/Aids, vinculada à Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica da Superintendência de Saúde Coletiva da SES-RJ, em 1990, o que permitiu a expansão das atividades para os municípios e as parcerias com outras organizações governamentais e não governamentais (Matida, 2003).

Nesse primeiro momento, diferentemente de São Paulo, a participação da sociedade civil carioca foi muito tímida. Entretanto, cabe sublinhar a participação do psiquiatra e ex-militante Paulo Fatal no Grupo Somos – RJ, extinto em 1981. Esse médico também fez parte de outro grupo de militância gay, o Triângulo Rosa, e atuou na elaboração de folhetos informativos e na realização de palestras realizadas na Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro para a população em geral e com a participação de homossexuais e hemofílicos, os quais, ainda embrionariamente, passaram a se envolver na causa da Aids (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a).

Fica evidente a relevância dos hospitais universitários e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) na trajetória da construção da resposta programática no Rio de Janeiro, seja na organização das primeiras ações voltadas à atenção à saúde das pessoas afetadas, mas, sobretudo nos esforços envidados na produção de conhecimento científico e tecnológico nos campos biomédico e epidemiológico. A análise desse período revela que houve fragilidades no que concerne ao estágio do processo de descentralização do SUS, dificultando, assim, a institucionalização das ações programáticas no estado para além do eixo Rio de Janeiro – Niterói. Diferentemente do programa paulista, não foram observadas, nesse período inicial, pressões de grupos organizados da comunidade gay no que tange à criação de um programa governamental específico para Aids. No entanto, a proatividade da militância de personalidades públicas, como o Betinho, hemofílico e vítima da Aids, foi decisiva para uma atuação mais efetiva do poder público no desenvolvimento de ações voltadas ao controle da qualidade do sangue e dos hemoderivados.

Segundo os dados epidemiológicos do Ministério da Saúde, o estado do Rio de Janeiro notificou 141.368 casos de Aids no período de 1980 a junho de 2022, representando 25,90% da região Sudeste e 12,98% do total do país. Nos anos de 2020 e 2021, as taxas de detecção aferidas no estado foram de 18,8/100 mil habitantes e

22,0/100 mil habitantes, respectivamente. A redução da taxa de detecção no ano de 2020, refere-se à subnotificação relacionada à sobrecarga provocada pela COVID-19 nos serviços de saúde. Nesses dois anos, ambas as taxas foram superiores às observadas na região Sudeste, ou seja, 13,2/100 mil habitantes e 14,5/100 mil habitantes. No ranking nacional de casos de Aids em 2021, a capital Rio de Janeiro, ocupou a 19ª posição com uma taxa de detecção por 24,2 por 100.000 habitantes (Ministério da Saúde, 2022).

A gestão descentralizada da política de Aids ganhou impulso e musculatura com os acordos de empréstimo firmados entre o governo brasileiro, por meio do Ministério da Saúde, e o Banco Mundial, no âmbito dos “Projetos AIDS I e II”, implementados entre 1994 e 2002. Os dois projetos basearam-se na lógica convencional, envolvendo diretamente todos os estados e respectivos municípios epidemiologicamente estratégicos, com o fito de reduzir a incidência das IST/Aids no país e fortalecer as instituições públicas e privadas, no caso as ONGs/Aids. Sobre o processo dos acordos de empréstimo no Brasil, Paulo Teixeira (1997) comenta que, “se comparado a outros projetos de igual natureza com o Banco Mundial as negociações foram concluídas em tempo recorde, o que sem dúvida caracteriza (...) o reconhecimento da AIDS como problema social e de saúde pública” (p. 165).

A posteriori, a lógica convencional foi substituída por um sistema de transferência regular de recursos fundo a fundo oriundos do SUS, baseado na pactuação de Planos de Ações e Metas (PAMs) anuais, aprovados e monitorados pelos respectivos conselhos de saúde e pelas Comissões Bipartite e Tripartite, denominado de “Política de Incentivo às DST/Aids”, ainda em vigência (Barboza, 2006, 2011, 2013, 2021).

Desde 2002, o Ministério da Saúde financia os estados e os municípios habilitados nessa política, por meio da modalidade fundo a fundo, transferindo recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais. Os PAMs são formulados com base no diagnóstico local e na avaliação dos avanços e dos desafios para o controle das IST/Aids nas áreas: promoção da saúde e prevenção; atenção às pessoas vivendo com HIV e Aids e portadores de outras doenças sexualmente transmissíveis; desenvolvimento institucional; e parcerias com ONGs/Aids, elemento obrigatório no pleito das Secretarias Estaduais de Saúde. Para

ser aprovado, os PAMs devem alocar 25% dos recursos próprios dos estados e municípios nas regiões Sul e Sudeste e 15% nas demais macrorregiões (Barboza, 2021).

No caso das ONGs/Aids, essa política de incentivo para o controle das IST/Aids institucionalizou o acesso aos fundos públicos, por meio de concorrência e seleção pública de projetos, sob gestão estadual, sendo definida a alíquota de 10% do valor global dos PAMs para o apoio às organizações da sociedade civil (Brasil, 2002; Barboza, 2013). No entanto, as ONGs/Aids denunciam e as evidências dos relatórios financeiros atestam que várias unidades da federação não executaram ou executaram parcialmente e com descontinuidade os recursos destinados ao financiamento dos projetos dessas entidades (Barboza et al., 2017).

Essa situação causa preocupação porque pode comprometer seriamente a sustentabilidade técnica e financeira das ações realizadas pela sociedade civil no campo da prevenção às IST/Aids. Estudos demonstram que, mesmo em cenários onde o acesso ao financiamento é regular, como é o caso do estado de São Paulo, as entidades financiadas tiveram dificuldades para propor e assegurar ações voltadas à sustentabilidade dos projetos realizados. Em uma avaliação retrospectiva dos projetos financiados, pesquisadores identificaram que as propostas ancoradas no tripé da sustentabilidade (técnica-política-financeira) foram exíguas, perfazendo apenas 6,2% dos projetos. Ademais, a sustentabilidade política, essencial para a legitimidade e a credibilidade das tecnologias desenvolvidas pelas ONGs foi pouco explorada na fase de implementação e sobretudo no término do financiamento (Barboza et al., 2017).

Não obstante todos os desafios elencados para o aprimoramento da política de controle da Aids, é mister reconhecer que, o arcabouço ético e as diretrizes operacionais do SUS são elementos ímpares que sustentaram o desenho e a implementação da resposta governamental brasileira para o enfrentamento da epidemia, bem como nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro. Ademais, esse arcabouço foi essencial para o outro braço dessa resposta, constituído pelo protagonismo do ativismo social das ONGs/Aids, cujas estratégias de incidência política foram concebidas e levadas a cabo de forma pioneira nesses dois estados e que hoje se fazem presentes em todas as unidades da federação, porém em cenários e graus

diferenciados de implementação e alcance dos resultados (Grangeiro, Silva & Teixeira, 2009).

Cabe sublinhar que a escalada do movimento sanitário permitiu que os sanitaristas assumissem cargos de liderança na década de 1980 nas Secretarias de Saúde que possuíam governos progressistas, como é o caso de São Paulo no mandato de André Franco Montoro (1983-1987) e também no Ministério da Saúde, evidenciando, dessa forma, a relevância da interface entre os campos científico e burocrático na formulação da política de Aids que, desde o início, articulou ações de prevenção e tratamento, posteriormente, alinhada à integralidade da atenção preconizada pelo SUS (Barros & Vieira-da-Silva, 2016).

Em que pese o cenário adverso imposto pelo “congelamento” e a redução drástica dos investimentos nas políticas sociais no país, incluindo a política de saúde pública, o arcabouço ético e legal do SUS segue orientando a implementação das ações programáticas governamentais e da sociedade civil no campo do HIV/Aids, voltadas à prevenção e à promoção da atenção integral às pessoas vivendo com HIV e Aids na quarta década da epidemia.

2.2 ONG/Aids: ativismo social, participação popular e solidariedade em rede.

Em grande angular, desde a década de 1970, pesquisadores oriundos das Ciências Sociais e da Ciência Política têm se dedicado ao estudo dos movimentos sociais. Do ponto de vista teórico, destacam-se três grandes vertentes explicativas, consideradas clássicas: a Teoria da Mobilização de Recursos, a Teoria do Processo Político e a Teoria dos Novos Movimentos Sociais (Gohn, 1997; Alonso, 2009).

A Teoria da Mobilização de Recursos (TMR) buscou compreender a racionalidade das emoções coletivas nos processos de mobilização, direcionados aos direitos civis no cenário estadunidense. Nessa perspectiva teórica, o foco dos pesquisadores era direcionado à apreensão da dinâmica do processo de mobilização em si e não somente a identificação das necessidades ou das razões que moviam os

atores. A ação dos atores estava baseada numa racionalidade instrumental que em última instância, pesava os custos e os benefícios de uma ação numa determinada decisão, a qual dependeria da articulação dos recursos materiais, humanos e de coordenação dos indivíduos. Para tanto, os movimentos sociais deveriam se organizar nos moldes das associações ou buscando o apoio das estruturas comunitárias existentes (Alonso, 2009).

Na TMR, os movimentos sociais operavam segundo a lógica das empresas, apoiados em processos burocráticos com hierarquia e profissionais especializados, responsáveis pela captação e gerência de recursos investidos nas várias etapas do desenvolvimento das ações. Nessa dinâmica organizacional, os conflitos eram inevitáveis, uma vez que:

Quanto mais longevos, mais burocratizados os movimentos se tornariam. A longevidade, por sua vez, dependeria da capacidade de os movimentos vencerem a concorrência. Isto é, vários movimentos podem se formar em torno de um mesmo tema, compondo uma “indústria de movimento social”, na qual haverá cooperação, mas também competição, em torno de recursos materiais e de aderentes a serem garimpados num mercado de consumidores de bens políticos (Alonso, 2009, p. 52).

Ao priorizar a racionalidade instrumental e a organização dos movimentos sociais, os elementos relacionados aos valores e às ideologias, inerentes a esse tipo de processo, não eram considerados. Nessa ótica, também não havia uma preocupação em entender como funcionam os movimentos sociais na macroestrutura social e os seus impactos. Vale sublinhar que, a aceitação e a penetração da TMR no contexto europeu e latino-americano foram limitadas, sobretudo entre os pesquisadores e os ativistas alinhados a uma vertente política de esquerda.

Em outra direção, a demarcação histórica e macroestrutural dos movimentos sociais passou a ser objeto da Teoria do Processo Político (TPP) e da Teoria dos Novos Movimentos Sociais (TNMS), ambas oriundas dos debates das vertentes marxistas sobre os possíveis caminhos da revolução, assumindo posições contrárias ao determinismo econômico da ação coletiva ou ainda alinhada a uma concepção de sujeito universal. Nessas duas perspectivas teóricas, os aspectos relativos à política e à cultura ganharam relevo, embora, como elucida Alonso (2009) “a TPP investe numa

teoria da mobilização política enquanto a TNMS se alicerça numa teoria da mudança cultural” (p. 54).

A Teoria do Processo Político (TPP) também de origem norte-americana, contemplou na sua produção de conhecimento a investigação de casos europeus e de estudos comparados. O sociólogo Charles Tilly é considerado o principal expoente dessa linha teórica. Ele dedicou-se a identificar o *modus operandi* dos processos macropolíticos em perspectiva histórica no contexto ocidental, bem como a relevância da disputa e dos confrontos políticos das elites em relação aos movimentos sociais. Na ótica da TPP, a questão da “coordenação” é essencial para a emergência de um ator coletivo, o qual se forma necessariamente por contraposição nas várias etapas desse processo. Tilly ressalta que, “a coordenação depende de solidariedade, produto de *catnet*, isto é, da combinação entre o pertencimento a uma categoria (*catness*) e a densidade das redes interpessoais vinculando os membros do grupo entre si (*netness*) (Tilly, 1978, p. 74 citado por Alonso, 2009, p. 55). Apesar disso, a efetividade da ação coletiva depende necessariamente da disponibilidade de recursos formais e informais, a exemplo das redes sociais, as quais são fundamentais para impulsionar o processo de organização e mobilização dos atores. Dessa forma, Alonso (2009) alude que “um grupo cria solidariedade e adquire controle coletivo sobre os recursos necessários para sua ação” (p. 55).

O conflito entre atores que ocupam posições distintas é essencial para assegurar o processo de mobilização coletiva. Segundo Tilly, esses atores são constituídos pelos “detentores do poder”, ou seja, aqueles que tem acesso ao governo, e pelos “desafiantes” que são os que almejam acessar os recursos controlados pelo governo. Para o autor, um movimento social pressupõe o que ele chama de “interação contenciosa”, a qual “envolve demandas mútuas entre desafiantes e detentores do poder” em prol de um determinado grupo social (Tilly, 1995).

Para esse sociólogo e historiador, a relação entre cultura e política pode ser compreendida por meio do conceito de “repertório”, o qual é produto de um tempo histórico, podendo induzir maior ou menor eficiência a um determinado movimento social. Assim, Tilly (1995) define repertório como “um conjunto limitado de rotinas que são aprendidas, compartilhadas e postas em ação por meio de um processo

relativamente deliberado de escolha” (p. 26). Ademais, o autor aprofunda esse raciocínio ao afirmar que os “repertórios pertencem a conjuntos de atores em conflito, não a atores isolados” (p. 30). Nesse sentido, faz-se mister destacar como sublinhado por Alonso (2012) que “o conceito se torna relacional, iluminando a interação dos atores nunca suas ações isoladas” (p. 25).

A terceira vertente denominada Teoria dos Novos Movimentos Sociais (TNMS) data das décadas de 1960 e 1970. Esses movimentos reivindicavam questões que não estavam atreladas à esfera macrossocial dos partidos políticos, mas sim, aos modos de vida e de produção de subjetividades. Nessa concepção teórica, os movimentos voltados às questões étnico-raciais, de gênero, de geração, de identidades e de minorias sexuais, a exemplo dos gays, ganharam visibilidade social. Dessa forma, os conflitos e as disputas se deslocaram das discussões clássicas sobre a relação entre o capital e o trabalho e os meios de produção, para objetos, temáticas e causas de base multicultural, como por exemplo, a medicalização dos corpos ou a religiosidade.

Assim, como postula Alonso (2009):

os novos movimentos sociais seriam, então, formas particularistas de resistência, reativas aos rumos do desenvolvimento socioeconômico e em busca da reapropriação de tempo, espaço e relações cotidianas”. Contestações “pós-materialistas”, com motivações de ordem simbólica e voltadas para a construção ou o reconhecimento de identidades coletivas (Alonso, 2009, p. 64).

Nesse panorama da sociedade contemporânea e multicultural, Melucci (1980) chama a atenção para o fato de que as diferenças entre as esferas do público e do privado foram suplantadas. Como consequência, emergiram novas formas e *lôcus* de conflitos, inerentes à dinâmica desses novos movimentos sociais. No entender da Professora Ângela Alonso (2009), ao problematizar os movimentos sociais, Melucci:

criticou tanto as explicações psicológicas para a formação da ação coletiva, em termos de irracionalidade das massas, quanto as macroexplicações, nas quais condições sociais comuns determinam o comportamento dos atores. Num caso haveria “ação sem atores”, noutro, “atores sem ação”. Em ambos, faltariam mediações entre comportamentos individuais e o fenômeno coletivo “movimento”. Assim se elidiria o problema principal, que Melucci põe na agenda: Como um ator coletivo é formado ou quais relações e processos

levam os indivíduos a se envolverem coletivamente numa ação política? (Alonso, 2009, p. 65).

Para compreender como a ação coletiva opera nesse novo contexto social, Melucci (1988) passou a teorizar sobre a identidade coletiva e a sua relação com o desenvolvimento das ações de cunho político na sociedade contemporânea. Ele discute como esse tipo de ação coletiva, portanto política, atua em um *locus* de oportunidades e de constrangimentos, baseado numa determinada forma de organização e com atores que desempenham o papel de líderes. Nessa perspectiva teórica, Melucci (1988) advoga que, “a identidade coletiva é uma definição interativa e compartilhada produzida por numerosos indivíduos e relativa às orientações da ação e ao campo de oportunidades e constrangimentos no qual a ação acontece” (p. 342).

Na mesma linha das teorias sobre os movimentos sociais discutidas anteriormente, Melucci concorda que a possibilidade de contar com a existência de organizações prévias pode facilitar o processo de pertença e de motivação dos atores no engajamento das ações de caráter político.

No que concerne ao movimento social de Aids, as primeiras ONGs brasileiras dedicadas ao ativismo nesse campo foram oficialmente constituídas no período entre 1985 e 1991. O Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (GAPA), fundado em 1985, em São Paulo; a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) em 1987, no Rio de Janeiro; e o Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids (Pela *Vidda*), também no Rio de Janeiro, em 1989, considerada a entidade pioneira no ativismo e organização das pessoas vivendo com HIV e Aids (Galvão, 2000). Atualmente, no estado de São Paulo existem mais de 250 ONGs atuando na questão da Aids, sendo 98 filiadas ao Fórum das ONGs/Aids de São Paulo e 64 entidades engajadas no Fórum Fluminense. Em relação ao país, o Ministério da Saúde estima que cerca de 1.100 entidades estejam envolvidas nessa causa (Fórum das ONGs Aids do Estado de São Paulo, 2023).

Desde o início, as ONGs/Aids ancoram a sua luta no direito à saúde e à vida. A ideia de solidariedade orientou o ativismo político e o exercício da cidadania na promoção e na defesa da dignidade dos afetados pela epidemia, notadamente em situações de enfrentamento do estigma, da discriminação social e desrespeito aos

direitos constitucionais. Entretanto, as intervenções para mitigar o estigma conduzidas pelas ONGs/Aids foram pouco estudadas pela academia (Galvão, 2000; Grangeiro, Silva & Teixeira, 2009; Zucchi, Paiva & França-Júnior, 2013; Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015b).

A sistematização de uma tipologia dessas organizações é uma tarefa complexa. Na presente pesquisa, adotamos como critério classificatório a área de atuação *lato sensu* das entidades, segundo a tipologia desenvolvida pela pesquisadora Silvia Ramos (2004), “baseada em três grandes tipos: 1) de apoio e de advocacy; 2) de pressão política e de pesquisa aplicada; e 3) de pessoas vivendo com Aids” (p. 1070).

As ONGs/Aids, diferentemente dos movimentos sociais brasileiros das décadas de 1970 e 1980 de base comunitária e associativista, despontaram em um cenário de novos movimentos sociais, mas que já nasceram institucionalizados. No Brasil, esse tipo de movimento social teve um grande incremento na década de 1990, resultado do processo da redemocratização política do país e, do destaque conferido às políticas sociais implantadas após a promulgação da Carta Cidadã de 1988. Nesse sentido, Gohn (2010) elucida que “o repertório de lutas construído por eles demarcam interesses, identidades, subjetividades e projetos de grupos sociais” (p. 41), como é o caso das organizações que ingressaram na luta contra o HIV/Aids.

Cabe salientar que, o número de ONGs dedicadas a causa da Aids aumentou consideravelmente devido a dois fatores principais. O primeiro, decorrente do processo da Reforma do Aparelho do Estado Brasileiro, durante o primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-1998), o qual redefiniu o papel estatal na prestação de serviços, delegando as funções executivas e gerenciais às organizações do Terceiro Setor nas áreas da Saúde, Cultura, Educação e Meio Ambiente e, recentemente, no campo da Ciência, Tecnologia e Inovação. (Brasil, 1995; Paula, 2005). O segundo fator, que teve maior impacto no campo do ativismo político, diz respeito ao financiamento de projetos pelo Ministério da Saúde, com recursos oriundos dos acordos de empréstimo com o Banco Mundial, consolidando assim, a modalidade de parceria na prestação de serviços, o que em última instância modificou sobremaneira o perfil laboral das entidades (Galvão, 2000; Barboza, 2013, 2021).

No país, o Banco Mundial é reconhecido como um dos principais financiadores de projetos no que concerne ao desenvolvimento de ações de prevenção na comunidade, sobretudo com as populações consideradas chave ou de maior vulnerabilidade para a infecção pelo HIV (Teixeira, 1997; Galvão, 2000; Barboza, 2006, 2013, 2021). Em que pese os avanços das ações preventivas realizadas na comunidade sob a condução das ONG/Aids no país, em especial no eixo São Paulo – Rio Janeiro, os quais concentram o maior número de entidades, constatou-se que esse processo marcado pela acelerada profissionalização técnica para acesso aos financiamentos disponíveis corroborou para “a ditadura dos projetos”, bem como para uma maior dependência dos recursos estatais (Galvão, 1997).

Dessa forma, a adaptação à lógica introduzida pelo Banco Mundial para acesso a fundos públicos via projetos, demandou das ONGs um intenso processo de profissionalização. Pode-se afirmar, em grande angular, que a gestão dos recursos públicos, por meio de parcerias, posterior à Reforma do Estado, impôs como sublinha Gohn (2010) a “palavra de ordem dos novos projetos e programas (...) ser propositivo e não apenas reivindicativo” (p. 42).

Nessa nova dinâmica, ganharam relevância, desde a década de 1990 e ainda no presente momento, os chamados projetos de intervenção comunitária. Tais projetos, diferentemente daqueles desenvolvidos pelas ONG/Aids na década de 1980, eram baseados, sobretudo em ações políticas e culturais, à exemplo da promoção de mudanças de comportamento na população, como a adoção do sexo seguro. Essas mudanças também já haviam sido observadas em nível nacional e, sobretudo, internacional no financiamento das organizações atuantes no movimento feminista, o qual é anterior ao movimento social de Aids.

Pode-se afirmar que um dos desdobramentos desse processo foi uma mudança drástica no perfil dos recursos humanos das entidades no campo da Aids, que passaram a contratar profissionais administrativos e gestores de projetos para demonstrar aos financiadores, nos relatórios de avaliação, os impactos e os resultados alcançados. Outra questão que pode ser considerada de maior impacto no que tange à participação social nas políticas públicas de Aids, como apontado pela pesquisadora Jane Galvão (2000) da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, diz respeito à

despolitização progressiva que a ênfase em projetos com esse perfil, muitas vezes, acarreta. A gestão de projetos específicos cria uma nova maneira de relacionamento com a epidemia: mais asséptica e menos ativista. Os financiadores querem ver e medir resultados, procedimentos que o ativismo e a ação cultural nem sempre permitem (Galvão, 2000, p. 111).

Concomitantemente, as ONGs/Aids passaram a atuar em redes, potencializando as ações e as estratégias baseadas na solidariedade e na reciprocidade entre os seus pares, organizando-se em redes temáticas, a exemplo dos fóruns estaduais, da rede de pessoas vivendo com HIV e Aids, bem como na promoção de encontros regulares realizados em âmbito municipal, regional, estadual e nacional (Scherer-Warren, 2006; Gohn, 2010).

O “I Encontro Nacional de ONG AIDS” (ENONG) foi realizado, em 1989, entretanto, os Grupos de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPAs) existentes, já se reuniam desde 1987. Do ponto de vista da organização política do movimento de Aids, o ENONG é considerado a instância máxima onde ocorrem os processos de pactuação, deliberação e eleição de representantes para outros colegiados governamentais do campo do HIV/Aids. Os seus delegados são indicados pelos encontros regionais, conhecidos como ERONG. Nesses espaços são discutidas pautas e agendas de incidência política que vocalizam posições e interesses do ativismo social, bem como balizam a participação de representantes eleitos para assentos nos conselhos de saúde nas três esferas gestoras do SUS e nos comitês técnicos, coordenados por programas governamentais e agências de cooperação internacional (Encontro Nacional de ONG AIDS, 2013).

Desde o primeiro ENONG, em 1989, foram efetivadas até o presente momento, 21 edições dos encontros nacionais, sendo a maioria com periodicidade bianual. O advento da pandemia de COVID-19 no final de janeiro de 2020 impactou a regularidade dos encontros que foram retomados somente em 2022 com as atividades do 21º ENONG, realizado em Caucaia na região metropolitana de Fortaleza no Ceará.

O Fórum das ONG/Aids do Estado de São Paulo (FOAESP), oficializado em 1997, como personalidade jurídica, é um colegiado de organizações que congrega 98 associadas da capital e do interior do estado, com o fito de intensificar o diálogo entre

os pares e a proatividade do movimento social de Aids paulista (Fórum das ONGs Aids do Estado de São Paulo, 2023). Desde a sua oficialização, possui uma sede fixa para organização das atividades, como reuniões mensais com as entidades filiadas com a participação de profissionais da Coordenação Estadual de DST/Aids.

A agenda de trabalho é operacionalizada por meio de comissões temáticas e grupos de trabalho constituídos pelas associadas. Nos últimos anos, o FOAESP também participa de outros movimentos sociais, a exemplo do Fórum de Patologias e do Fórum Paulista de ONG, coordenado pela Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais (ABONG). A diretoria do FOAESP é eleita diretamente por seus membros a cada três anos. O pioneirismo do Fórum de São Paulo induziu a constituição de outros fóruns estaduais no Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul. Atualmente há 18 fóruns, distribuídos em todas as macrorregiões do país (Laurindo-Teodorescu e Teixeira, 2015b).

O Fórum Estadual do Rio de Janeiro foi criado um pouco depois do Fórum de São Paulo, em julho de 1997. Diferentemente de São Paulo, o Fórum fluminense optou por não se constituir como uma entidade com personalidade jurídica. Essa instância representativa das ONG/Aids também realiza reuniões mensais para definição e operacionalização da agenda de trabalho. Participam 64 entidades que atuam no campo do HIV/Aids, como associações comunitárias, movimentos sociais, grupos de convivência, adesão e de apoio social, bem como redes de pessoas vivendo com HIV e Aids com vistas à defesa dos direitos humanos e da cidadania.

Cabe salientar que os fóruns estaduais desempenham um papel estratégico na participação popular e na defesa dos direitos humanos, exercendo dessa forma o controle social em relação à implementação e à de avaliação da política brasileira de Aids. Esses colegiados propõem e articulam agendas coletivas, oriundas de processos políticos ascendentes e de uma militância organizada e capilarizada em todas as regiões brasileiras (Barboza, 2013).

No que tange ao fortalecimento dos laços de solidariedade e a organização sociopolítica das pessoas vivendo com HIV e Aids, em 1991, as ONGs cariocas, Grupo Pela *Vidda* e Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, organizaram o “I Encontro Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS” com o fito de aprofundar a interação e o diálogo entre ativistas, gestores, profissionais da saúde e a sociedade em geral sobre

as implicações do viver com Aids (Brasil, 1999). O “Vivendo” como é chamado pelos ativistas é um dos eventos regulares da agenda do movimento social, realizado a cada dois anos, perfazendo 20 edições.

A Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids (RNP+), diferentemente das ONGs/Aids ou dos fóruns, é formada por um coletivo de pessoas e não por organizações juridicamente constituídas (Brasil, 1999). A RNP+ foi criada, em 1995, por um grupo de 10 portadores durante o “V Vivendo”, inspirada nos moldes da Global Network of People living with HIV and AIDS (GNP+). Nos dois anos seguintes, foram definidos os objetivos da rede e realizados cinco encontros regionais por meio de um projeto elaborado pelo GADA – Grupo de Apoio ao Doente de AIDS de São José do Rio Preto, financiado pela Coordenação Nacional DST/Aids. Em maio de 1998 por ocasião da “I Reunião Nacional de Representantes Estaduais e Secretários Regionais da RNP+ Brasil”, definiram-se as estratégias e as metas para promoção da melhoria na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e Aids, além da eleição de 5 representantes regionais, 23 estaduais, pontos focais e suplentes (Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids, 2023).

Atualmente, a cobertura da RNP+ Brasil abrange todas as unidades da federação, o que permite potencializar a sua atuação na interface com os gestores e outros movimentos sociais engajados na implementação da política de controle das IST/Aids por meio de comissões nacionais e internacionais. É importante ressaltar que vários membros da RNP+ participam dos conselhos estaduais e municipais de saúde, *lócus* onde são vocalizadas as necessidades de saúde do segmento Aids e de outras patologias, objetivando, assim, na melhor das hipóteses, a defesa do acesso integral e universal nos níveis da promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde (Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids, 2023). Ainda é imprescindível sublinhar o papel desempenhado pela RNP+ Brasil no processo de formação política dos seus integrantes. Essas ações pedagógicas são ancoradas na estratégia por pares, o que em última instância diferencia e demarca o papel dessa rede no aprimoramento do ativismo soropositivo no país.

Sobre o ativismo soropositivo, outra iniciativa relevante foi à criação do Movimento Nacional de Cidadãs *Posithivas* (MNCP), formalizado em agosto de 2004,

como uma estratégia adotada pela sociedade civil para enfrentar a feminização da epidemia no país. De acordo com a sua Carta de Princípios, o MNCP visa mobilizar, integrar e fortalecer as mulheres com sorologia positiva para o HIV, baseado numa atuação em rede, por meio de núcleos implantados em todos os estados (Movimento Nacional de Cidadãs Posithivas, 2007). Assim, como a RNP+ Brasil, realizam encontros bianuais, possuem representações estaduais e regionais e suas ações são prioritariamente desenvolvidas por meio de uma rede virtual, baseada no ciberativismo (Deslandes, 2018).

Não obstante aos avanços alcançados pelo MNCP, um estudo conduzido no Rio de Janeiro sobre a experiência de mulheres ativistas, diagnosticadas na década de 1990, revelou que elas passaram a militar em busca de apoio social, dada a retaguarda precária oferecida pelos serviços de saúde no SUS. Entre os achados, as pesquisadoras postulam que, a agenda do movimento não priorizou as pautas defendidas pelo movimento feminista, tão pouco o enfrentamento do estigma e da discriminação, das desigualdades de gênero e da promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas vivendo com HIV e Aids, associados à vulnerabilidade social do HIV. Ademais, as informantes vocalizaram que hoje poucas mulheres assumem publicamente a sua soropositividade pelo receio do estigma social e, conseqüentemente, um número reduzido de mulheres se engaja no ativismo político, colocando em xeque as estratégias defendidas na Carta de Princípios do MNCP (Cajado & Monteiro, 2018).

Outra estratégia de sociabilidade e ativismo desenvolvidos em um período mais recente, em 2006, refere-se à Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids (RNAJVHA), formada por adolescentes e jovens na faixa etária entre 15 e 29 anos. Essa rede articula ações voltadas à inclusão social, à promoção do protagonismo juvenil soropositivo e à participação social, independente de marcadores sociais como gênero, orientação sexual, religião, raça, cor ou nacionalidade. Segundo a Carta de Princípios, a missão da RNJVHA pretende “agrupar, acolher e apoiar adolescentes e jovens vivendo com HIV e Aids, bem como elaborar e incitar respostas, ações e políticas públicas contra os estigmas e impactos do HIV e Aids” (Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2014).

Pesquisas revelam que entre os jovens e os adultos vivendo com HIV e Aids, no que concerne à atenção integral da saúde no SUS, o desejo da maternidade e da paternidade deveria ser reconhecido como uma necessidade de saúde. Não obstante aos avanços das tecnologias reprodutivas no campo da Aids, na quarta década da epidemia, ainda verificamos resistências por parte dos profissionais da saúde ao abordarem as necessidades sexuais e reprodutivas na perspectiva dos direitos. O aconselhamento reprodutivo, conduzido pelas equipes multidisciplinares, ainda é um desafio a ser equacionado nas redes da Atenção Básica e especializada em IST/Aids no SUS (Paiva et al., 2011; Paiva et al., 2015; Barboza, et al., 2016).

É mister destacar que as diferentes modalidades de arranjos sociopolíticos, como os encontros estaduais e nacionais, as redes e os fóruns estaduais contribuíram sobremaneira para a visibilidade social e a organização da luta contra à Aids no país, especialmente no eixo São Paulo – Rio de Janeiro, onde historicamente foram criadas as primeiras organizações dedicadas a um tipo de ativismo inovador no campo da saúde coletiva. Esses espaços de mobilização permanecem atuantes e são fundamentais para a participação e o controle social da política de IST/Aids no país e nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro, selecionados como campos de investigação na presente tese.

Cabe sublinhar que o ciberativismo baseado em tecnologias de informação e comunicação pela internet, a exemplo das redes e das mídias sociais, potencializaram sobremaneira as ações dos movimentos sociais na contemporaneidade, fato que também pode ser observado nas estratégias de mobilização empreendidas pela sociedade civil no campo da Aids. Nesse sentido, o uso das mídias sociais, segundo Gohn (2014), possibilita o “acesso a fontes de conhecimento e a formas de construir a democracia, mas também fornecem todos os elementos para a construção de novas formas de controle social” (p. 50).

Portanto, a trajetória da ação coletiva empreendida pelo ativismo no campo da Aids evidencia a relevância dos processos democráticos e a observância do respeito à diferença e à multiculturalidade. Ao discutir a importância desses elementos para a formação da identidade dos movimentos sociais na contemporaneidade, o que também se aplica para o movimento social de Aids, Gohn (2010) argumenta que, há um processo de

ressignificação dos ideais clássicos de igualdade, fraternidade e liberdade. [no qual] A igualdade é ressignificada com a tematização da justiça social; a fraternidade se retraduz em solidariedade; e a liberdade associa-se ao princípio da autonomia – da constituição do sujeito, não individual, mas coletivo; autonomia entendida como inserção e inclusão social na sociedade com autodeterminação, com soberania (Gohn, 2010, p.16).

Contudo, faz-se necessário assinalar que a redefinição do papel e da função estatal na relação com a sociedade civil, resultado da Reforma do Estado Brasileiro, comentada anteriormente, reformatou a identidade dos movimentos sociais. No que concerne aos Novos Movimentos Sociais, como é o caso das ONGs/Aids, esse processo de formatação ocorreu, sobretudo por meio da indução de políticas públicas, como foi o caso dos projetos financiados pelos dois acordos de empréstimo com o Banco Mundial (1994 a 2002) e pela Política de Incentivo às IST/Aids do Ministério da Saúde em vigência no país, desde o final de 2002.

Essas políticas estatais são controladas por órgãos do Executivo nas três esferas gestoras e implementadas em parceria com as organizações do chamado Terceiro Setor que, por sua vez, competem entre si para acessar os fundos públicos. Um dos efeitos negativos verificados nesse processo refere-se ao enfraquecimento da dimensão política como uma construção histórica e, sobretudo, fonte de tensão entre os atores envolvidos. Concordando com a pesquisadora Maria da Glória Gohn (2010), constatamos, portanto, que a dimensão política “desaparece da ação coletiva justamente por ser capturada por estruturas políticas – de cima para baixo, na busca de coesão e de controle do social” (p. 21). Ademais, na virada do século XXI, ganham protagonismo na visão de Gohn (2010) “novos sujeitos sociopolíticos em cena, demarcados por laços de pertencimento territorial, ético, de gênero, etc., como partes de uma estrutura social amorfa e apolítica” (p. 21).

Nas primeiras décadas do século XXI, com o processo de consolidação e incremento do ciberativismo no contexto da globalização, as ações de incidência política empreendida pelas ONGs/Aids seguiram a mesma trajetória dos demais movimentos sociais. Nesse novo cenário, não existem mais fronteiras geográficas e o ativismo, inicialmente circunscrito ao âmbito nacional, foi deslocado e ampliado para o âmbito global (Gohn, 2014; Deslandes, 2018).

Nesse sentido, constata-se a existência de uma forte interface entre as diferentes redes identitárias de pessoas vivendo com HIV e Aids e as organizações internacionais do Terceiro Setor. Essas agências e instituições não governamentais geralmente sediadas em países ricos atuam no suporte técnico e político às ONGs brasileiras e às vezes, no financiamento de projetos de entidades que trabalham com populações mais vulneráveis, a exemplo das cidadãs *positivas* e do segmento trans. Soma-se a isso, a realização periódica de fóruns e congressos internacionais de Aids, promovendo oportunidades de interação e intercâmbio entre as organizações de diversos países.

Na contemporaneidade, cabe frisar que o escopo das mudanças elencadas anteriormente à luz do cenário multicultural produziu mudanças significativas nos modos de formação e desenvolvimento da identidade coletiva dos ativistas do movimento de Aids. Dessa forma, os sentidos da identidade coletiva são necessariamente construídos socialmente e historicamente, respondendo, portanto, a uma racionalidade plural, mutável e multifacetada. Assim, a emergência e a consolidação das redes identitárias específicas de pessoas vivendo com HIV e Aids geram novas possibilidades e intersubjetividades que corroboram para a metamorfose das identidades desses atores sociopolíticos.

3 PSICOLOGIA POLÍTICA E SAÚDE COLETIVA: CAMPOS ESTRATÉGICOS PARA O ESTUDO DA IDENTIDADE COLETIVA DOS ATIVISTAS DO MOVIMENTO SOCIAL DE AIDS.

No âmbito da comunidade científica, a Psicologia Política é reconhecida como um campo de investigação e de intervenção ainda emergente. De acordo com Hur, Sandoval e Dantas (2014), “constitui-se como um campo em construção, em processo, ainda multifacetado e polissêmico” (p.10), oriundo dos grupos de trabalho inseridos no *locus* da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP), no final da década de 1970.

No cenário latino-americano, pesquisadores alinhados ao campo da ciência política e ancorados na corrente de pensamento marxista, contestaram o reconhecimento da Psicologia Política como um campo teórico, postulando que os conceitos adotados eram abstratos, não contemplavam a análise do contexto histórico-social e, em última instância, conduziam a uma “psicologização dos processos políticos”. Nessa ótica, a Psicologia Política foi institucionalizada no campo da Psicologia e mais especificamente à Psicologia Comunitária. Essa vertente foi largamente adotada pelos psicólogos sociais brasileiros, sobretudo no final da década de 1970 e no decorrer da década de 1980. Por um lado, como uma alternativa às intervenções de base comunitária e de outro, simultaneamente, com a assunção de uma postura crítica acerca de um fazer psicológico elitista, centrado no indivíduo e que não reconhece a potencialidade das ações coletivas como elemento de transformação social (Sandoval, Dantas & Ansara, 2014).

Atualmente, pode-se afirmar que é consenso entre os pesquisadores que a Psicologia Política opera em um campo interdisciplinar, orientado para a produção de conhecimentos e de práticas de intervenção psicossocial no âmbito coletivo. Esse campo, ainda em consolidação no meio acadêmico resulta da interface entre a psicologia e a política no que concerne ao estudo dos fenômenos psicossociais (Silva, 2012a; Hur, Sandoval & Dantas, 2014; Silva, 2015). Para Dorna (2004), a Psicologia Política é considerada um “paradigma perdido” e pode ser compreendida enquanto um campo produtor de saberes que estão em disputa.

Na grande área de conhecimento das Ciências Sociais e das Ciências Sociais Aplicadas, os estudos que abordam os movimentos sociais constituem um tema de investigação amplamente pesquisado nas últimas décadas, contribuindo sobremaneira para a sua consolidação no âmbito da comunidade científica vinculada às humanidades. Em grande angular, nessas áreas, a produção de conhecimento científico avançou consideravelmente no que tange à definição de conceitos, teorias e tipologias, corroborando, portanto, para o reconhecimento dos movimentos sociais como um importante objeto de pesquisa entre os cientistas sociais e outras profissões afins (Gohn, 1997).

Le Bon (1921), concebe a Psicologia Política como a “*sciência do governo*”. Dessa forma, os temas relacionados ao estudo dos movimentos sociais e do processo de participação política dos sujeitos coletivos são fundamentais para entendermos, por exemplo, a implementação das políticas públicas de saúde no *locus* do SUS e, especificamente da política de controle da Aids, implantada de forma pioneira nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro como uma resposta programática ao controle da epidemia na década de 1980. No que concerne à Psicologia Política de vertente marxista, sobretudo no cenário latino-americano, os temas que abordam os processos da participação em movimentos sociais, à formação da consciência política dos sujeitos e às interfaces entre o Estado e a sociedade civil nas políticas públicas são temáticas legitimadas no âmbito teórico-metodológico desse campo (Sabucedo, 1996; Silva, 2012a; Sandoval, 2015).

Dentre os autores referenciados no campo da Psicologia Política que investigaram os movimentos sociais, destacam-se as contribuições do sociólogo italiano Alberto Melucci, professor de sociologia dos processos culturais na Universidade de Milão. Na visão de Melucci (2001), os movimentos sociais podem ser definidos como uma “ação coletiva cuja orientação comporta solidariedade, manifesta um conflito e implica a ruptura dos limites de compatibilidade do sistema ao qual a ação se refere” (p. 35). É mister sublinhar nesse conceito, a relevância atribuída à solidariedade na dimensão coletiva, bem como a possibilidade de ruptura e de transformação social.

A pesquisadora Adela Garzón (2008) propôs uma tipologia, na qual classifica sete áreas de atuação dos psicólogos políticos. Entre essas áreas, duas dedicam-se aos

estudos e intervenções voltados à participação política e aos movimentos sociais. Corroborando essa discussão, Silva (2012b), pesquisador do campo, elencou vinte áreas de interesse, as quais têm sido objeto das investigações conduzidas por psicólogos políticos. O autor salienta a relevância dos movimentos sociais como um dos temas mais pesquisados no Brasil, diferentemente dos contextos europeu e estadunidense; a participação política, com destaque para os processos de mobilização, desmobilização e representatividade política dos atores nos conselhos e outros colegiados; e das políticas públicas, considerado um tema novo voltado à problematização do ciclo das políticas públicas e dos mecanismos de participação nos processos decisórios.

No período recente, a investigação de temas emergentes e objetos considerados invisíveis e com baixa permeabilidade na comunidade científica vem sendo abordados pela Psicologia Política. Estudos que versam sobre o processo de organização da participação popular e a atuação em fóruns comunitários voltados ao desenvolvimento social (Lima, Sá & Pinheiro, 2012); que analisam os avanços e as lacunas na atuação das redes de ONGs e a sua interface com o poder público na promoção e prevenção de agravos à saúde junto às populações vulneráveis na região da Amazônia Legal Brasileira (Barboza & Lopes, 2009); que discutem a relação entre os atores políticos envolvidos na formulação e implementação de políticas públicas, a exemplo da política brasileira de enfrentamento das IST/Aids (Monteiro & Villela, 2009); que investigam a percepção de populações “trans” acerca do processo de formação da consciência política, militância e ação coletiva, enquanto possibilidade de enfrentamento do preconceito e da exclusão social, debatidos no “Encontro Nacional de Travestis e Transexuais que Atuam na Luta e Prevenção à Aids” (ENTLAIDS) (Silva & Barboza, 2009); que problematizam os efeitos do desenvolvimento do Terceiro Setor brasileiro sobre o papel estatal na gestão das políticas públicas, sobretudo nos setores da Saúde, da Educação e do Desenvolvimento Social (Calegare & Silva Júnior, 2009); que analisam o processo de institucionalização do movimento LGBT no país e o crescimento das ONGs na prestação de serviços públicos e como movimento social (Vergili, Brasil & Capella, 2015), demonstram a potencialidade do marco teórico da Psicologia Política na produção de saberes acerca de fenômenos coletivos contemporâneos e de interesse social.

A despeito desse incremento da produção de conhecimento ancorada no olhar psicopolítico, a interface com outros campos de saber, a exemplo da Saúde Coletiva, ainda representa um desafio pouco investigado pela academia. Nessa perspectiva, pesquisas voltadas à sistematização dessa produção ainda são fragmentadas e incipientes, sendo mister envidar esforços dos pesquisadores, docentes, profissionais e ativistas, inseridos em ambos os campos para o aprimoramento da produção teórica. Isso poderia gerar elementos no sentido de (re)conhecer e avaliar criticamente os temas e os objetos psicossociais, quanto ao impacto nas políticas públicas e nas práticas de saúde em curso no SUS, como é o caso da participação popular e do controle social da política de IST/Aids pelas entidades da sociedade civil. Essa pluralidade de enfoques é fundamental para adensar as linhas de investigação direcionadas à problematização e à formulação de propostas baseadas nos determinantes do processo saúde-doença. Ademais, a complexidade do conhecimento científico e tecnológico produzido nessa perspectiva interdisciplinar poderia instrumentalizar a atuação dos profissionais no enfrentamento das desigualdades em saúde, por meio de políticas e práticas efetivas, norteadas pelos princípios do SUS.

O arcabouço ético e legal que sustenta o SUS, apesar do atual cenário político adverso no campo dos direitos sociais no Brasil, ainda é considerado um diferencial dessa política de saúde oriunda de uma corrente contra-hegemônica. Nesse longo processo de institucionalização do direito constitucional à saúde, reconhecido somente após a Constituição de 1988, cabe salientar o papel proativo desempenhado pelos movimentos sociais, sobretudo os movimentos populares de saúde. Esses movimentos continuam atuando em várias frentes de luta, não se curvando as forças políticas antagônicas e aos *lobbies* de poderosos grupos empresariais alinhados à privatização da saúde em detrimento do acesso universal, integral e equânime dos cuidados de saúde para todos os cidadãos.

A problematização da humanização nos cuidados em saúde, diretriz política incorporada nos últimos anos ao processo de formação da força de trabalho no SUS, nos remete necessariamente à discussão dos entraves da humanização nas políticas públicas em geral. Apesar da relevância do tema, o mesmo tem sido pouco abordado na agenda de pesquisa da Psicologia Política, bem como nos espaços de intercâmbio científico como os congressos nacionais e internacionais do campo.

Tomando-se como premissa que as políticas públicas vocalizam problemas demandados pelo Estado e pela sociedade civil ambos devem ser considerados sujeitos políticos no desempenho de papéis, ora concorrentes, ora complementares, na proposição e na resolução de problemas que afetam a coletividade. Portanto, os interesses que orientam as posições assumidas por esses sujeitos expressam em última instância, concepções, crenças e valores que determinam o grau de consciência política, o qual, via de regra, revela-se em patamares diferenciados nas arenas decisórias (Silva, 2012b; Sandoval, 2015).

Na perspectiva da diretriz da promoção da equidade em saúde no SUS, Silva (2012), ressalta que

um enfoque psicopolítico para a intervenção nas políticas públicas implica pensá-las como um instrumento de construção da justiça social. Contudo, para que essa justiça não seja restrita a uma esfera do desejo, para que ela não se reduza a uma utopia descolada da realidade, urge que se ponha em marcha um processo de humanização das políticas públicas. Tal processo de humanização leva-nos a refletir sobre o modo com que normalmente governos entendem e coordenam a formulação, a implementação, o monitoramento e a avaliação de políticas públicas (Silva, 2012b, p. 231).

Portanto, a humanização da política de saúde implica desenvolver um conjunto de estratégias articuladas, com potência para fomentar e subsidiar mudanças no fazer psicopolítico, a partir de processos baseados na ação-reflexão-ação dos sujeitos políticos nos colegiados gestores da saúde. Dessa forma, investir em processos de formação permanente dos gestores públicos e das equipes de saúde que desempenham funções voltadas à formulação, implementação, regulação e avaliação das políticas e dos programas do SUS, poderá representar um salto de qualidade, primordial para alcançar indicadores adequados de promoção da saúde e de qualidade de vida (Scarcelli & Junqueira, 2011).

Outro ponto a ser considerado no aprimoramento da gestão participativa e da humanização da política de saúde refere-se ao aperfeiçoamento da diretriz da participação social nos espaços oficiais. É premente fortalecer não só os colegiados existentes que são os espaços decisórios, mas, sobretudo, os sujeitos políticos, no caso, o segmento dos usuários dos serviços de saúde, que representam ou deveriam

representar a população na interação com os trabalhadores, com os prestadores de serviços públicos/privados e com os gestores do SUS. Em outras palavras, a representação nos conselhos e nas conferências de saúde em todas as esferas, ou seja, nas arenas decisórias de pactuação da política de saúde, não deveria estar a serviço de interesses individuais ou corporativos, uma vez que os seus desdobramentos impactam diretamente a resolubilidade da saúde da população no território sanitário (Barboza, 2013).

Dessa forma, concordamos com a posição do pesquisador Alessandro Soares da Silva (2012b) ao afirmar que, “resolubilizar é promover a autonomia do sujeito, apoiá-lo em sua constituição como sujeito político capaz de atuar no mundo e realizar a experiência política de fazer políticas que mudem não só o seu entorno, mas o mundo em que está inserido” (p. 247).

No Pacto pela Saúde, editado pelo Ministério da Saúde em 2006, ainda em vigência, foram definidas responsabilidades sanitárias, a partir das prioridades pactuadas pelos gestores para a melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira. Dentre essas prioridades, destacam-se a mobilização e o controle social na perspectiva da repolitização do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira, movimento que, desde a década de 1970, evidenciou a essência do binômio Saúde-Democracia na condução da ação coletiva dos sujeitos políticos (Brasil, 2006a).

Nesse sentido, constata-se que o movimento sanitário brasileiro contribuiu simultaneamente para uma práxis teórica e social no bojo do campo da Saúde Coletiva. Para tanto, cabe explicitar à luz da teoria política os principais sentidos e significados atribuídos à democracia. Nesse aspecto, Norberto Bobbio (1994) postula que

é inegável que historicamente “democracia” teve dois significados prevaletentes, ao menos na origem, conforme se ponha em maior evidência o conjunto das regras cuja observância é necessária para que o poder político seja efetivamente distribuído entre a maior parte dos cidadãos, as chamadas regras do jogo, ou o ideal em que um governo democrático deveria se inspirar, que é o da igualdade. À base dessa distinção costuma-se distinguir a democracia formal da substancial, ou, através de uma outra conhecida formulação, a democracia como governo do povo da democracia como governo para o povo (Bobbio, 1994, p. 37).

Para Bobbio (1994), a “democracia formal” está orientada para os meios, ou seja, os procedimentos necessários e as “regras do jogo”, a exemplo dos mecanismos de representação e dos processos eleitorais, norteados por uma imagem objetivo de liberdade e de igualdade. Ao passo que, a “democracia substancial” tem como premissa os fins, no que concerne à participação social para a promoção da cidadania, da solidariedade e do exercício do poder político em prol do bem comum. Em consonância ao binômio Saúde-Democracia da Reforma Sanitária Brasileira, a “democracia substancial” seria efetivada por meio da ampliação e da consolidação dos processos de participação nos colegiados do SUS para a promoção da saúde e, em última instância, da justiça social, consubstanciada, portanto, na promoção da equidade em saúde.

No pensamento bobbiano, a depender da forma como o poder é exercido, podemos identificar pelo menos três tipos de democracia. A primeira é a chamada “democracia direta”, materializada na antiguidade pela sociedade greco-romana e também nas sociedades ditas modernas. O segundo tipo, denominado “democracia representativa” é a forma mais comumente encontrada nas sociedades modernas. E a terceira forma, nomeada como “democracia elitista”, a qual pode transitar da democracia em si até regimes autocráticos. Bobbio (1994) ressalta a existência de uma democracia mista, com a presença dos elementos dessa tipologia. Dessa forma, nas democracias modernas deveriam prevalecer os princípios da “democracia representativa” e da soberania popular, constantes da Constituição, observando-se a divisão entre os poderes, a realização de eleições regulares com a possibilidade de alternância de poder e instituições democráticas consolidadas (Tosi, 2016).

Tendo como norte a defesa da saúde pública, o ativismo social protagonizado pelas ONGs/Aids, objeto de investigação da presente tese, conquistou legitimidade no cenário nacional e internacional no campo dos Direitos Humanos, especialmente na luta pelo direito à saúde das pessoas afetadas pela epidemia. O modo de conceber os arranjos institucionais e articular as parcerias entre as entidades da sociedade civil no campo da Aids e o poder público são reconhecidos como uma experiência bem sucedida no campo das políticas públicas de saúde (Pereira & Nichiata, 2011).

Assim, aperfeiçoar as interfaces entre o poder público e a sociedade civil, principalmente no *locus* municipal, pode contribuir sobremaneira para a democratização do Estado e para o aperfeiçoamento da consciência política dos ativistas. Nessa ótica, a participação popular e o controle social por meio do fortalecimento das representações nas conferências e conselhos de saúde, sobretudo nos conselhos gestores das unidades de atenção especializada em IST/Aids, ainda incipientes são desafios a serem enfrentados pelas ONGs/Aids e pelos gestores, com vistas à consolidação dos princípios da universalidade e da integralidade da atenção preconizados pelo SUS.

Não obstante aos avanços conquistados pelos ativistas no campo da Aids, Mário Scheffer, pesquisador e ativista do Grupo Pela *Vidda* São Paulo, em entrevista aos pesquisadores Lindinalva Laurindo Teodorescu e Paulo Roberto Teixeira (2015b), pondera que, “os espaços forjados para se discutir políticas de Aids são muito precários, são consultivos e, nesse sentido, as ONGs têm que voltar a priorizar uma agenda de ativismo que ficou escondida em detrimento de uma agenda executiva” (p. 60). Essa posição reafirma a centralidade da defesa do controle social da política de Aids nos colegiados do SUS. Nas arenas democráticas e na agenda das entidades engajadas na causa da Aids, os debates sobre o direito à prevenção como um direito humano tem sido pouco vocalizado, em detrimento das pautas que defendem o acesso integral e igualitário no SUS às terapias antirretrovirais pelas pessoas vivendo com HIV e Aids (Paiva, Pupo & Barboza, 2006).

Corroborando a discussão sobre a participação nos conselhos de saúde, Paiva et al. (2014) demonstram que a representatividade política é um dos elementos limitadores nesses colegiados, bem como a desarticulação e a falta de um diálogo orgânico entre os representantes e os representados. Destarte, a presente tese doutoral ganha relevância ao analisar transversalmente o desempenho do ativismo social em perspectiva histórica e sua contribuição na formulação, implementação e avaliação das políticas de enfrentamento ao HIV/Aids no eixo São Paulo – Rio de Janeiro.

Nessa linha teórica, a Psicologia Social compreende o estudo da participação social como um dos seus pilares na produção de conhecimento. Segundo o pesquisador Sabucedo (1996), a Psicologia Política tem a intenção entre seus principais objetivos,

conhecer as crenças, as representações e os sentidos atribuídos pelos cidadãos à política e como o seu comportamento, seja por ação ou omissão, contribui para a transformação da ordem sociopolítica.

É mister sublinhar que, o conceito de ação política pressupõe que os atores construam a realidade em que vivem, produzindo resistências e mudanças (Montero, 2009). Desse modo, a ação política permeia diversas esferas da vida social e individual e não apenas aquela tradicionalmente reconhecida como política, a qual se refere ao processo de votar e ser votado.

Estudos evidenciam que existem lacunas importantes no processo de representatividade, na participação popular e no exercício do controle social no âmbito dos conselhos municipais de saúde, em especial no que concerne à formulação e ao monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde em curso no SUS (Stralen et al., 2006; Souza, 2017). Apesar de ser um *locus* democrático, esse tipo de colegiado não assegura na visão de Telma de Souza (2017) “a democracia participativa e nem são efetivas as deliberações para a ampliação ao acesso de recursos redistributivos, o que define políticas sociais insuficientemente compensatórias” (p. 133).

Em um balanço crítico sobre os ecos da XV Conferência Nacional de Saúde, realizada, em 2015, com o mote “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”, o presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) nesse período, Professor Gastão Wagner de Sousa Campos (2016) assumiu uma posição contundente ao problematizar as lacunas da gestão participativa e do papel desempenhado pelos colegiados no SUS na atualidade, afirmando que

vivemos um tempo de enfraquecimento de todas as formas de representação popular. A vitalidade dos conselhos e das conferências depende de uma radical reinvenção da política. Depende da ampla reconstrução dos partidos, dos próprios movimentos sociais e, principalmente, do discurso e dos valores da até agora genericamente denominada ‘esquerda’ (Campos, 2016, p. 5-6).

Stralen et al. (2006) corroboram esses desafios no que tange à efetividade do controle social exercido pelos conselhos de saúde quanto à reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil para o fortalecimento da Atenção Básica. Os pesquisadores demonstram que há lacunas entre o que é deliberado nas conferências de saúde e o

encaminhamento dado no âmbito dos conselhos de saúde, notadamente em relação às questões que envolvem processos de pactuação e de negociação entre os grupos de interesse representados nos colegiados. Assim como Souza (2017), na perspectiva da Psicologia Política, assevera que na democracia participativa não há garantias de que as demandas da sociedade serão respeitadas ou mesmo que as decisões serão operacionalizadas pelos gestores ou pelo governo eleito.

Nessa perspectiva, Prado (2016) problematiza o silenciamento do componente político nos protestos e nos movimentos sociais, atribuindo esse entrave à racionalidade política da gestão na produção de consensos. Prado (2016) sublinha o papel da participação social na constituição dos sujeitos políticos na contemporaneidade e argumenta que, “enquanto a gestão é permanente, a política é rara, enquanto a gestão é participação para o consenso, a política é ato de dissenso” (p. 68). Assim, o pesquisador postula que é premente “fundamentar um conceito político capaz de organizar as lentes científicas para abordagens dos protestos nos parece uma oportunidade ímpar de avançar na escuta do ocultamento da própria política desfeita em formas de gestão” (Prado, 2016, p.70).

3.1 Modelo Analítico da Consciência Política.

O marco teórico desta tese de doutorado está alinhado à tradição das Ciências Sociais, de modo particular no que concerne ao campo interdisciplinar da Psicologia Política no que tange à investigação dos processos e arranjos institucionais de participação social no âmbito dos movimentos sociais.

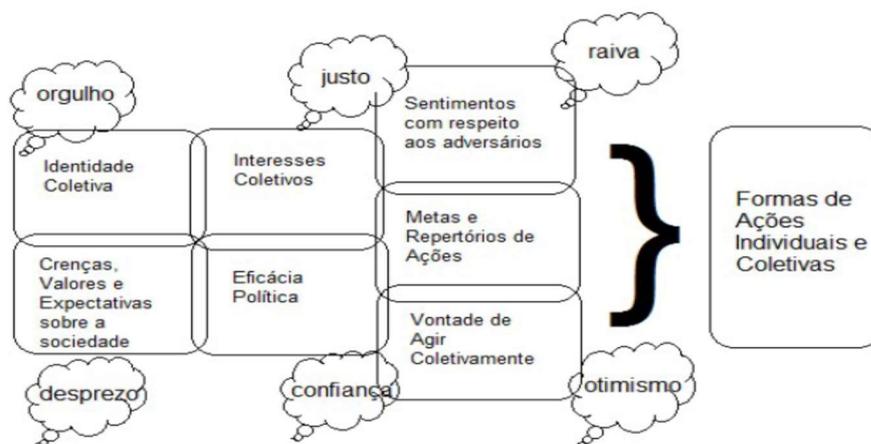
Considerando o campo de produção de conhecimento e a temática em tela, adotou-se o aporte teórico-metodológico do “Modelo Analítico dos Estudos da Consciência Política”, desenvolvido pelo Professor Salvador Sandoval (2001, 2015). Do ponto de vista teórico, Sandoval (2015) argumenta que a consciência política resulta de “um conjunto de dimensões sócio-psicológicas inter-relacionadas de

significados e informações, que permite aos indivíduos tomar decisões para melhor agir em contextos políticos e situações específicas dadas” (p. 200).

Na ancoragem desse modelo buscou-se examinar como os interesses dos indivíduos e dos grupos operam no processo decisório e influenciam a participação (ou não) em processos coletivos, com vistas à transformar uma determinada realidade ou problema percebido como adverso. No que concerne à área temática dos estudos voltados à participação social e política, o modelo do estudo da consciência política pode ser considerado inovador ao articular diferentes abordagens consolidadas nas Ciências Sociais, descortinando uma nova perspectiva teórico-metodológica.

Assim, o modelo é constituído por sete “Dimensões da Consciência”, interdependentes e não-lineares, a saber: 1) Identidade Coletiva; 2) Crenças, Valores e Expectativas sobre a Sociedade; 3) Interesses Coletivos; 4) Eficácia Política; 5) Interesses Coletivos; 6) Vontade de Agir Coletivamente; e 7) Metas e Repertórios de Ações. Cabe destacar que esse modelo analítico foi amplamente utilizado em diversos estudos acadêmicos nacionais e internacionais no campo da Psicologia Política e da Psicologia Social, como destacam Sandoval (2015) e Silva (2008, 2012).

A figura a seguir, ilustra as sete Dimensões da Consciência Política que compõem o referido modelo e os possíveis sentimentos e emoções que permeiam essas dimensões (Salvador & Silva, 2016, p. 48):



Fonte: SANDOVAL & SILVA, (2016, p. 48).

A primeira dimensão é denominada “Identidade coletiva”. Essa dimensão refere-se ao sentimento de pertencimento e à identificação do indivíduo com um determinado grupo ou uma categoria profissional ou social.

Os processos de identificação grupal, como a identidade pessoal ou profissional, desempenham um importante papel para a participação em um movimento social. A identidade coletiva refere-se, portanto, à forma como os indivíduos estabelecem uma identificação em termos de interesses, solidariedade e pertencimento a grupos e coletivos no cenário político.

A segunda dimensão do modelo do Professor Sandoval são as “Crenças, Valores e Expectativas sobre a Sociedade”. Ela consiste em crenças, valores e expectativas que uma pessoa desenvolve a respeito da sociedade e expressa noções de ideologia política presentes na visão de mundo dos indivíduos. Embora as representações sobre a sociedade sejam concebidas individualmente, elas são produto das interações e experiências que ocorrem na vida social. Salvador (2015) elucida que, “elas variam desde os significados que as pessoas dão para a estrutura social e as instituições, até sua inserção nelas, em termos de relações políticas entre as categorias sociais e as intenções das pessoas que incluem aquelas categorias sociais” (p. 204).

A terceira dimensão do modelo de consciência política são os “Interesses Coletivos”. Tal dimensão se refere ao modo como os interesses simbólicos e materiais de um grupo são vistos como opostos aos interesses de outros grupos. Os interesses antagônicos levam ao entendimento da existência de adversários coletivos na sociedade. A identificação de interesses antagônicos e de adversários possibilita a mobilização dos indivíduos em ações coletivas.

A quarta dimensão se refere à “Eficácia Política”, isto é, os sentimentos de uma pessoa sobre a sua capacidade de intervir em uma situação política. Baseando-se na Teoria de Hewstone, as causas das coisas que acontecem na vida social e individual podem ser localizadas pelas pessoas em três fatores:

1) Forças transcendentais como determinações históricas, desastres naturais ou razões espirituais. Corresponde a um sentimento de eficácia política baixo, pois as

peças acreditam que há pouco a ganhar com suas ações. Geram sentimentos de submissão e conformismo frente às situações sociais.

2) Procura de soluções individuais para situações sociais. Geram abordagens isoladas ou autopunição pela perda das habilidades individuais para lidar com questões sociais.

3) Localização de forças causais nas ações de outros indivíduos ou grupos. Crença em que situações de sofrimento são resultado das ações de grupos ou indivíduos, o que permite às pessoas acreditarem que suas ações, tomadas individual ou coletivamente, terão o efeito de mudança da situação. Tal crença na causalidade permite às pessoas sentirem que podem realizar mudanças com ações contrárias às ações dos responsáveis pela situação. O sentimento de eficácia política que advém desta crença é o mais elevado se comparado aos anteriores, o que poderia contribuir para um processo de mudança. O sentimento de eficácia política é essencial para que o indivíduo se lance em um processo participativo.

A quinta dimensão do modelo se refere aos “Sentimentos com Respeito aos Adversários”. Trata-se ao modo como o indivíduo percebe um arranjo social em relação ao que ele representa em termos de reciprocidade. Os sentimentos de que a reciprocidade deixou de existir ou foi violada estão presentes no descontentamento coletivo e na base das manifestações de protesto. As noções de injustiça são uma maneira de legitimar queixas e culpar os adversários, estando na origem dos movimentos sociais.

A sexta dimensão, isto é, a “Vontade de Agir Coletivamente”, é a mais instrumental para o indivíduo assumir e adotar ações coletivas como um modo de reparar as injustiças. Três fatores condicionam essa dimensão:

1) Custos e benefícios atribuídos às lealdades e laços interpessoais afetados pela participação (ou não) no movimento.

2) Ganhos ou perdas de benefícios materiais percebidos como resultado de envolvimento no movimento social.

3) Percepção do risco físico devido ao engajamento em ações coletivas.

A sétima e última dimensão do modelo são as “Metas e Repertórios de Ações”. Essa dimensão se refere ao grau em que os participantes percebem a correspondência entre objetivos do movimento social, estratégias de ação, sentimentos de injustiça, interesses e sentimentos de eficácia política. Trata-se, aqui, de como os participantes percebem que os objetivos e propostas do movimento social e de sua liderança se articulam com seus interesses pessoais, materiais e simbólicos. E, também, sobre como o movimento dirige sua busca por justiça e se as ações coletivas propostas estão de acordo com seus sentimentos de eficácia política.

Silva (2007) ressalta que o modelo de análise proposto pelo Professor Salvador Sandoval se trata de uma apresentação didática, eliminando a obrigatoriedade de trabalhar as categorias em uma sequência pré-estabelecida, e que se refere a uma maneira esquemática de compreender como os diferentes elementos objetivos e subjetivos relativos aos sujeitos concorrem no processo de formação da consciência política.

Costa, Deliberador e Silva (2014) apontam que é necessário levar em conta que não apenas o cotidiano influencia a consciência do sujeito, mas também as instituições com que ele entra em contato. O modelo analítico proposto por Sandoval visa conhecer os processos que participam na construção da consciência política em sua totalidade, considerando as dinâmicas exteriores e subjetivas do indivíduo. Dessa forma, cabe ressaltar que os sentimentos podem estar presentes em todas as dimensões da consciência política. Nessa perspectiva, Salvador e Silva (2016) enfatizam que “esses sentimentos emotivos agregam significado aos conteúdos elaborados por cada indivíduo em cada um dos elementos da consciência política” (p. 49).

Vale destacar que não há uma única maneira de conceber a participação política e a literatura oferece uma mostra rica dessa variedade conceitual. Ao ser uma forma de agir específica, que pretende influenciar a um governo ou a um processo político; a influenciar a sociedade civil ou ao menos alterar padrões sistêmicos de comportamento social suas possibilidades de materializar-se são numerosas (Sabucedo & Rodríguez, 1990; Rodríguez, Costa, & Sabucedo, 1993; Brussino, Rabbia & Sorribas, 2008). Desta forma, aqui nos posicionamos em conformidade com os elementos da literatura que consideramos presentes no Modelo Analítico da Consciência Política de Salvador

Sandoval (Sandoval, 2015; Sandoval & Silva, 2016; Silva, 2001), visto que seu foco é, em última análise, explicar o que faz com que os sujeitos decidam participar ou não de ações coletivas.

Investigar o ativismo político nos Fóruns ONGs/Aids nos coloca em perspectiva a interação entre consciência-participação-identidade, uma vez que a consciência política de militantes se manifesta por meio da ação política de indivíduos que se identificam e decidem participar de ações coletivas (Silva, 2001; Sandoval & Silva, 2016). Por esse motivo, o modelo analítico da consciência se dedica a compreender as possibilidades de participação (ou não) dos sujeitos envolvidos em torno a questões que os agregam identitariamente. A esse respeito Silva (2001) coloca que

a consciência política é formada por aspectos identitários (identidade social na perspectiva de Tajfel), pela cultura construída socialmente e expressa na sociedade, por um conjunto de crenças internalizadas pelo indivíduo e pela percepção politizada do contexto social em que se localiza o sujeito (identidade coletiva na perspectiva de Melucci) (Silva, 2001, p. 82).

Nesse sentido, entendemos a participação política na mesma ótica de José Manuel Sabucedo (1996). Para ele, a participação política como são “ações intencionais, legais ou não, desenvolvidas por indivíduos e grupos com o objetivo de apoiar ou questionar qualquer um dos elementos que compõem a esfera política: tomada de decisões, autoridades e estruturas” (p. 89). Assim, a participação política refere-se ao comportamento que afeta ou pretende afetar decisões e políticas no plano governamental. No caso das políticas públicas de HIV/Aids, essa maneira de pensar a participação política se faz evidente quando observamos os desdobramentos das ações envidadas pelos Fóruns nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro.

Até certo ponto, podemos dizer que as diferentes formas de participação política podem se caracterizar por serem abertas ou encobertas; autônomas ou dependentes; de acercamento ou de distanciamento; episódicas ou contínuas; mais ou menos interativa socialmente. Estes são alguns dos elementos possíveis e que marcam as ações de acordo com quem são os sujeitos, os contextos e os motivos que geram as ações que mobilizam para a participação.

No que tange às modalidades de manifestação da participação, recordamos que elas podem assumir formas ativas ou passivas e ser comportamentalmente agressivas ou não agressivas. Quanto a seus objetos podem ser estruturais ou não e seus objetivos podem ser ou não governamentais, sendo suas ações dirigidas/organizadas ou espontâneas/voluntárias. Já no que concerne aos seus resultados, eles podem ser previstos ou advirem inesperadamente.

A participação política é, portanto, uma ação cidadã, individual e/ou coletiva, que pode se dar em nível transnacional, nacional ou local, ou mesmo “glocal” e pode visar tanto apoiar quanto se opor às estruturas, autoridades e/ou decisões relacionadas à coisa pública (Conge, 1988; Verba, Schlozman & Brady, 1995; Costa & Silva, 2012). Em suma, ela é a atividade da cidadania com vistas a influenciar decisões políticas que, em última instância, são tomadas por representantes e funcionários políticos e estão no âmbito da governança. Como consequência a participação política da cidadania tem como efeito tornar a governança uma ação pública democrática ao passo que possibilita à cidadania, na democracia, fazer saber aos representantes e funcionários do governo suas demandas, pontos de vista e preferências, pressionando-os não só a responder, mas dar-lhes uma solução a seus problemas públicos.

Nesse sentido, lembramos que nesse movimento do agir político a participação pode ser classificada como convencional ou não convencional. Sabucedo (1988) recorda que

Así como la participación política convencional es fomentada y animada desde las instancias del poder constituido, con lo que puede ser fácilmente controlada y canalizada, la participación política no convencional, en ocasiones, desborda los mecanismos instituidos de participación y supone un enfrentamiento con la legalidad establecida (Sabucedo, 1988, p. 167).

O caso que anima essa tese move-se como se verá, por ambas as possibilidades, uma vez que ora os fóruns agem de modo a ir de encontro às demandas governamentais/estatais e ora agem de modo a associar-se animados pela ação governamental/estatal, podendo, inclusive oscilar entre o legal e o ilegal.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar a produção da identidade coletiva dos ativistas do movimento social de Aids no eixo São Paulo – Rio de Janeiro, quanto à participação e o controle social da política de Aids no Sistema Único de Saúde, no período de 1980 a 2023.

4.2 Objetivos específicos

1) Revisar e compreender o cenário do advento da Aids no período da ditadura militar e da redemocratização do Brasil no que tange à organização do movimento homossexual e a emergência do movimento de Aids;

2) Identificar os atores centrais do movimento social de Aids nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro com vistas à análise da produção da identidade coletiva nas diferentes gerações desse movimento;

3) Caracterizar e analisar o movimento social de Aids nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro e as interfaces entre ambos;

4) Identificar, analisar e compreender os avanços e as lacunas da trajetória dos ativistas do movimento social de Aids na participação e no controle social da política de Aids no Sistema Único de Saúde.

5 METODOLOGIA

Isto posto, tomando como objeto de estudo a dimensão da identidade coletiva dos ativistas do movimento social de Aids, consonante ao Modelo Analítico da Consciência Política, a pergunta de partida que orientou o desenvolvimento da presente tese, pretendeu investigar a trajetória dos ativistas das diferentes gerações, quanto aos avanços e as lacunas na participação e no controle social da política de HIV/Aids no Sistema Único de Saúde no eixo São Paulo – Rio de Janeiro.

Assim, nosso pressuposto é que a identidade coletiva dos ativistas das diferentes gerações do movimento social de Aids no eixo São Paulo - Rio de Janeiro incidiu politicamente no processo de participação e controle social da Aids no Sistema Único de Saúde.

5.1 Delineamento do estudo.

O desenvolvimento da presente tese doutoral definiu como objeto de investigação a dimensão da identidade coletiva dos ativistas do movimento social de Aids no eixo São Paulo – Rio de Janeiro. Considerando-se a escolha desse objeto de investigação, o projeto de pesquisa foi delineado como um estudo do tipo exploratório, descritivo, retrospectivo, transversal, ancorado na abordagem qualitativa (Minayo, 2004).

As metodologias qualitativas são capazes de incorporar o significado e a intencionalidade aos atos, às relações, às instituições e às políticas públicas, tomadas como construções humanas carregadas de significações e de história. De acordo com a socióloga e pesquisadora Maria Cecília de Souza Minayo (2004), as instituições sociais são atravessadas por uma rede de significações, desde o seu advento, assim como nas transformações que ocorrem no decorrer da sua trajetória sócio-política. Nessa perspectiva teórica, Martins e Bógus (2004), pesquisadoras do campo interdisciplinar da Saúde Coletiva, ratificam que

os métodos qualitativos produzem explicações contextuais para um pequeno número de casos, com uma ênfase no significado do fenômeno. O foco é centralizado no específico, no peculiar,

almejando sempre a compreensão do fenômeno estudado, geralmente ligado a atitudes, crenças, motivações, sentimentos e pensamentos da população estudada (Nogueira-Martins & Bógus, 2004, p. 48).

O metodólogo Pedro Demo advoga a importância da demarcação científica no processo de produção de conhecimento. Dessa forma, é vital compreender quais são as bases do que pode ou não ser considerado como Ciência na realidade sócio-histórica. Ademais, o pesquisador salienta que o maior problema a ser enfrentado por um pesquisador, diz respeito à investigação da realidade social e não ao método em si, como se fosse um elemento hermético. Nessa vertente, Demo (2009), afirma que

a ciência é somente um modo possível de ver a realidade, nunca único e final. As próprias disciplinas acadêmicas representam recortes parciais de uma realidade complexa, que nunca é apenas sociológica, econômica, psicológica... Nesse sentido, é possível mesmo dizer que, não se esgotando nunca a realidade, o esforço de captação científica possui o lado da descoberta daquilo que se pode conhecer mais e melhor, bem como o lado do desconhecimento daquilo que está fora do interesse (Demo, 2009, p. 28).

Portanto, considerando que a complexidade da realidade social extrapola os “limites” da Ciência, assumimos que não é possível conhecer a totalidade dos fenômenos sociais. No entanto, cabe ao pesquisador proceder as melhores escolhas de caráter intencional no processo de definição do objeto de investigação científica em consonância à relevância social e política para a coletividade.

5.2 Cenário do estudo.

No que se refere ao *locus* do estudo, bem como aos participantes elegíveis, optamos por restringir o cenário da pesquisa aos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro. Nesses estados foram formuladas e implementadas as primeiras ações coletivas voltadas à incidência política no campo das lutas dos movimentos homossexual e de combate ao HIV/Aids no país, no final da década de 1970 e no decorrer dos anos 1980.

Ademais, nas respectivas capitais desses estados foram organizados os primeiros fóruns de ONG/Aids do país, dedicados à mobilização coletiva e ao

desenvolvimento de um tipo de ativismo institucionalizado. Portanto, a criação desses fóruns consubstanciou um diferencial na participação e no exercício do controle social da política de HIV/Aids em curso no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Fórum das ONG/Aids do Estado de São Paulo possui uma sede e personalidade jurídica, ao passo que o Fórum das ONG/Aids do Estado do Rio de Janeiro não adotou esse tipo de organização, atuando como um coletivo que promove a articulação de outras entidades no campo do HIV/Aids.

5.3 Participantes e procedimentos de coleta dos dados.

Inicialmente, estimou-se realizar 14 entrevistas semiestruturadas e em profundidade com os ativistas pertencentes ao movimento social de Aids do eixo São Paulo – Rio de Janeiro. O número de participantes e consequentemente de entrevistas foi ajustado no decorrer das atividades de campo, em função, do mapeamento sócio-histórico das realidades fluminense e paulista referentes à participação social no âmbito do HIV/Aids. Destarte, foram incluídos no rol de participantes, os ativistas vinculados às redes identitárias que compõem o movimento social de Aids, perfazendo um total de 29 entrevistas. É mister observar que na fase de coleta dos dados, adotaram-se critérios de saturação, com vistas à adequação do número de participantes do estudo e à apreensão do objeto de investigação (Minayo, 2017).

Considerando-se a temática dos movimentos sociais e o objeto investigado, no caso, a identidade coletiva dos ativistas e a participação e o controle social da política de HIV/Aids, mapeamos os possíveis entrevistados levando em conta o seu engajamento no movimento social de Aids e/ou no movimento homossexual, bem como ativistas de diferentes faixas etárias e gerações.

No presente estudo foram considerados elegíveis para as entrevistas, os participantes que desempenharam papéis ou funções como:

- a) Ativistas de diferentes gerações vinculados às ONGs/Aids formalmente constituídas em atuação nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro;
- b) Presidentes em exercício do cargo ou ex-presidentes do Fórum de ONGs Aids dos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro;

c) Ativistas de diferentes gerações da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids, do Movimento Nacional de Cidadãs *Posithivas*, da Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV e Aids, e da Rede Nacional de Pessoas Trans em atuação nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro;

d) Ativistas de diferentes gerações em atuação no movimento LGBTQ+ ou que atuaram em coletivos do movimento homossexual brasileiro;

e) Pessoas maiores de 18 anos de idade que concordaram em participar do estudo e firmaram a anuência no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na presente pesquisa, as pessoas menores de 18 anos de idade não foram consideradas elegíveis.

Os participantes foram previamente contatados pelo pesquisador e convidados a participarem do estudo por meio de ligações telefônicas, mensagens enviadas por e-mail e em redes sociais. Adicionalmente, utilizou-se a técnica “bola de neve” para a inclusão de novos ativistas sugeridos pelos próprios entrevistados.

As entrevistas foram baseadas em um roteiro previamente definido pelo pesquisador com foco na questão central e nos objetivos do estudo. A primeira versão do roteiro foi submetida a um pré-teste realizado por meio de uma entrevista preliminar e, posteriormente revisado para assegurar a qualidade da coleta dos dados em campo. O roteiro da entrevista, organizado em 4 blocos abordou as variáveis sociodemográficas e a inserção institucional, a inserção no movimento de Aids e/ou LGBTQ+, os interesses antagônicos e adversários e a eficácia política (Apêndice A).

A fase de campo do estudo foi realizada, inicialmente, entre novembro de 2019 e fevereiro de 2020, quando as atividades foram interrompidas em função das medidas sanitárias da COVID-19. Posteriormente, as entrevistas foram retomadas e finalizadas em março de 2021.

5.4 Plano de análise.

Todas as entrevistas foram gravadas em meio digital, transcritas e submetidas à técnica de análise de conteúdo, ancorada no referencial proposto por Bardin (1979). Nessa perspectiva teórica, o processo analítico das narrativas obedeceu as seguintes etapas: a) pré-análise; b) exploração do material; c) tratamento dos resultados; e d) interpretação do material empírico.

Segundo Laurence Bardin (1979), a análise de conteúdo refere-se a “um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (p. 42).

Inicialmente, o conjunto do material empírico proveniente das entrevistas com os ativistas foi organizado para a leitura inicial, sem a preocupação de categorizá-lo. Posteriormente, foram agrupados os principais elementos, ideias, expressões e outros aspectos que apresentaram características comuns nas narrativas e que emergiram da leitura inicial, identificando, assim, as “unidades de registro” e as “unidades de contexto” que circunscreveram o universo da pesquisa.

As narrativas foram analisadas, segundo categorias definidas a priori, ancoradas nas Dimensões da Consciência em consonância ao modelo “Modelo Analítico da Consciência Política”, sistematizado por Sandoval (2001, 2015, 2016). Silva (2007) sublinha que nesse modelo não há a obrigatoriedade de se utilizar todas as sete dimensões da consciência em uma sequência pré-estabelecida para compreender os diferentes elementos subjetivos e objetivos intrínsecos ao processo de formação da consciência política dos atores.

Nesse sentido, elegeu-se como foco analítico prioritário da tese, a dimensão da identidade coletiva no intuito de apreender o processo de pertencimento e de identificação grupal dos ativistas do movimento de Aids e/ou LGBTQ+ no que concerne à mobilização de interesses e formas de solidariedade grupal para a participação em ações coletivas. Dessa forma, a participação social e o controle social das políticas públicas no campo do HIV/Aids compõem elementos estratégicos do processo analítico das narrativas dos ativistas.

No universo dos entrevistados, oriundos de diferentes gerações, adotou-se o conceito desenvolvido pelo antropólogo e pesquisador, Júlio Assis Simões sobre gerações na intenção de compreendermos os percursos relativos às mudanças e às permanências dos ativistas nos movimentos sociais de Aids e/ou LGBT+. Em linha com o pensamento de Simões (2018):

Gerações podem ser compreendidas como trajetórias recortadas no tempo e situadas em relação a certos referenciais da história pessoal e coletiva. Não se trata só de uma posição no tempo e na sequência de nascimentos, mas sobretudo da produção de respostas coletivas em face de determinadas questões existenciais, políticas e culturais, tornadas significativas (Simões, 2018, p. 286).

Do ponto de vista teórico-metodológico, concordamos com o argumento de Demo (2009) ao problematizar o processo de análise de conteúdo nas pesquisas ancoradas na abordagem qualitativa. Segundo Demo (2009), esse tipo de análise, “não se refere, em primeiro lugar, ao conteúdo de um discurso, entendido como o discurso redigido formalmente (...) refere-se em si a conteúdos da prática, deixando-se em plano secundário a roupagem formal da elaboração discursiva” (p. 246).

Nessa vertente de pensamento, o metodólogo Pedro Demo (2009) postula que:

é preciso ir além disso [das gravações], de modo hermenêutico. Saborear as entrelinhas, porque muitas vezes o que está nas linhas é precisamente o que não se queria dizer. Surpreender as insinuações, que cintilam no lusco-fusco das palavras e superam as limitações da expressão oral e escrita. Escavar os compromissos para além das verbalizações, pois jamais há coincidência necessária entre um e outro. Explorar vivências, que aparecem mais no jogo, na brincadeira, na piada, do que na formulação discursiva cuidada (Demo, 2009, p. 246).

Assim, faz-se necessário assumir uma posição teórico-metodológica, alinhada à hermenêutica no sentido de compreender e, sobretudo buscar interpretar os diversos conteúdos formais e não formais veiculados no processo de interação e comunicação humana. Destarte, trata-se de um labor artesanal, onde se busca ao mesmo tempo, analisar e apreender os sentidos atribuídos pelos ativistas em suas narrativas, as quais são produzidas num determinado contexto histórico e sociopolítico. Nesse *locus* não estão colocados apenas os fatos, mas principalmente os valores e os significados elencados pelos atores envolvidos (Minayo, 2004).

Corroborando essa posição metodológica, portanto, cabe ao pesquisador dos campos das Ciências Sociais, das Ciências Sociais e Humanas em Saúde e da Psicologia Política, como alude Demo (2009) “compreender tais sentidos, apreender tais significados, apreender preferências culturais [que] é tarefa da hermenêutica, que precisa saber equilibrar capacidade formal com percepção política” (p. 249).

5.5 Aspectos éticos.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e recebeu parecer favorável registrado no Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 22146819.8.0000.5561 (Apêndice B).

Posteriormente, à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, os participantes foram convidados previamente pelo pesquisador por e-mail ou por ligação telefônica e após o aceite foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo, dirimindo-se eventuais dúvidas. As entrevistas foram iniciadas somente após a leitura e a anuência dos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido exarado em duas vias de igual teor e rubricado em todas as páginas, sendo uma via entregue ao participante e a outra sob a guarda do pesquisador (Apêndice C).

As entrevistas foram realizadas em local privado previamente definido pelos participantes, assegurando-se o direito à confidencialidade, ao anonimato e à privacidade em consonância aos requisitos da Resolução nº 466/2012, publicada pelo Conselho Nacional de Saúde – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CONEP).

5.6 Perfil dos entrevistados.

As informações referentes ao perfil dos entrevistados foram sistematizadas em nove tabelas que apresentam a frequência absoluta e relativa das variáveis sociodemográficas selecionadas e a inserção institucional dos ativistas do movimento

social de Aids, excetuando-se a tabela número 9 que apresenta somente a frequência absoluta. Posteriormente, cada uma das tabelas foi submetida à análise descritiva.

As tabelas a seguir, versam sobre: 1) faixa etária dos ativistas; 2) faixa etária, segundo o gênero; 3) década de inserção no movimento social de Aids; 4) década de inserção no movimento social LGBTQ+; 5) quesito cor autodeclarada, segundo o gênero; 6) orientação sexual autodeclarada, segundo o gênero; 7) nível de escolaridade, segundo o gênero; 8) graduação dos ativistas, segundo a área do conhecimento no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e o tipo de instituição de ensino; e 9) Pós-Graduação dos ativistas, segundo área específica (CNPq), titulação e tipo de instituição de ensino.

No universo dos entrevistados, a faixa etária dos ativistas do movimento social de Aids variou de 23 a 71 anos. Observa-se na Tabela 1, o predomínio da faixa etária entre 51 a 60 anos, perfazendo 37,93%. Na sequência, as faixas etárias entre 31 a 40 anos e 61 a 70 anos, correspondendo a 17,24% cada. Majoritariamente, o perfil etário foi constituído por ativistas idosos, entre 51 a 71 anos (N = 17), seguido dos adultos jovens (N = 8) de 31 a 50 anos. A menor proporção, 13,79% se referiu aos ativistas de 23 a 30 anos de idade.

Tabela 1 – Frequência absoluta e relativa da faixa etária dos ativistas do movimento social de Aids.

	Nº	%
até 30 anos	4	13,79
31 – 40	5	17,24
41 – 50	3	10,34
51 – 60	11	37,93
61 – 70	5	17,24
71 – 80	1	3,45
Total	29	100

Fonte: Barboza, R. (2023).

No que tange ao quesito gênero, verifica-se na Tabela 2, que a maioria dos ativistas se autodeclararam do gênero masculino (N = 20), seguido pelas ativistas do gênero feminino (N = 6) e as mulheres trans (N = 3), incluídas separadamente na tabela

para conferir visibilidade às entrevistadas desse segmento. A faixa etária dos entrevistados do gênero masculino variou de 30 até 70 anos, sendo mais de um terço no intervalo de 51 a 60 anos. Entre as entrevistadas do gênero feminino, a faixa etária variou de 51 a 71 anos, sendo a metade no intervalo etário compreendido entre 51 a 60 anos, ao passo que nas mulheres trans destacaram-se as ativistas mais jovens de 30 a 40 anos.

Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa da faixa etária dos ativistas do movimento social de Aids, segundo o gênero.

	Masculino		Feminino		Mulher Trans	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
até 30	3	15,00	0	0,00	1	33,33
31 - 40	4	20,00	0	0,00	1	33,33
41 - 50	3	15,00	0	0,00	0	0,00
51 - 60	7	35,00	3	50,00	1	33,33
61 - 70	3	15,00	2	33,33	0	0,00
71 - 80	0	0,00	1	16,67	0	0,00
Total	20	100	6	100	3	100

Fonte: Barboza, R. (2023).

A Tabela 3, demonstra a década de ingresso dos ativistas no movimento de Aids, identificando-se dois recortes temporais. Um primeiro período, entre 1983 a 2000, com a inserção de 17 ativistas, respondendo por 58,62% dos entrevistados; e um segundo período, entre 2001 a 2018, quando 12 ativistas iniciaram a participação nesse movimento, perfazendo 41,38%.

Chama a atenção que 9 entrevistados se engajaram no ativismo desde o início das respostas sociais de combate do HIV/Aids em São Paulo e no Rio de Janeiro, entre os anos de 1983 e 1984 (Tabela 3). Assim, os ativistas veteranos da primeira década, entre 1983 e 1990, possuem uma larga experiência de quase 40 anos de participação sociopolítica nesse campo. Além disso, esses atores permaneceram atuando no movimento de Aids.

O ingresso dos ativistas em diferentes períodos da cronologia do movimento de Aids, revela não só a amplitude do espectro etário, mas também a interação e a convivência entre diferentes gerações de ativistas com olhares, expectativas e experiências diversas na trajetória de mobilização em prol de uma causa coletiva. No

universo pesquisado, pode-se inferir que nessas quatro décadas, o movimento de Aids permaneceu em atividade, inclusive com a participação de novos integrantes no período mais recente de 2011 a 2018, correspondendo a 27,59% dos entrevistados (Tabela 3).

Tabela 3 - Frequência absoluta e relativa da década de inserção dos ativistas no movimento de Aids.

	Nº	%
1983 - 1990	9	31,03
1991 - 2000	8	27,59
2001 - 2010	4	13,79
2011 - 2018	8	27,59
Total	29	100

Fonte: Barboza, R. (2023).

A Tabela 4, mostra a década de ingresso de um contingente de 14 ativistas no movimento social LGBT+, os quais representam 48,27% dos pesquisados. Nota-se que 3 entrevistados (21,43%) militaram no Movimento Homossexual Brasileiro, anteriormente à definição da nomenclatura LGBT+, bem como das primeiras respostas da sociedade civil no campo do HIV/Aids. Nas 5 décadas elencadas, observa-se que 5 ativistas, ou seja, um pouco mais de um terço, ingressaram entre 2011 a 2018, no movimento LGBT+, demonstrando assim, a relevância da participação sociopolítica nesse campo. No ativismo social LGBT+, assim como observado no ativismo da Aids, ressalta-se a larga experiência dos atores entrevistados, sendo que vários seguem atuando em ambos os movimentos.

Tabela 4 - Frequência absoluta e relativa da década de inserção dos ativistas no movimento LGBT+.

	Nº	%
1979 - 1983	3	21,43
1984 - 1989	1	7,14
1990 - 1999	3	21,43
2000 - 2010	2	14,29
2011 - 2018	5	35,71
Total	14	100

Fonte: Barboza, R. (2023).

Em relação a cor autodeclarada pelos ativistas, constata-se na Tabela 5, que a metade dos entrevistados do gênero masculino, autodeclararam-se como brancos, seguido pelos pardos, 35,00% e os pretos, 15,00%. Entre as ativistas do gênero feminino, a maioria se autodeclarou como branca (66,67%), seguida pelas pardas e pretas, com 16,67% cada. No segmento de mulheres trans, cada uma das três entrevistadas se autodeclarou como branca, parda e preta. Portanto, no universo estudado, predominaram ativistas que se autodeclaram como brancos (N = 15), seguido dos pardos (N = 9) e pretos (N = 5).

Tabela 5 - Frequência absoluta e relativa da cor autodeclarada pelos ativistas do movimento de Aids, segundo o gênero.

	Masculino		Feminino		Mulher Trans	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
branca	10	50,00	4	66,67	1	33,33
parda	7	35,00	1	16,67	1	33,33
preta	3	15,00	1	16,67	1	33,33
Total	20	100	6	100	3	100

Fonte: Barboza, R. (2023).

No que diz respeito à orientação sexual, a Tabela 6, revela que majoritariamente, os ativistas do gênero masculino se autodeclararam alinhados à orientação homossexual, perfazendo 85,00%, seguido dos heterossexuais com 10,00% e bissexuais com 5,00%. Nas ativistas do gênero feminino, 83,33%, diferentemente do gênero masculino, se identificaram como sendo de orientação heterossexual e uma entrevistada referiu não ter uma orientação sexual definida. Entre as entrevistadas trans, duas ativistas autorrefereriram as orientações heterossexual e bissexual, respectivamente, e uma ativista informou que não possui uma orientação sexual definida. Dessa forma, no quesito orientação sexual, 17 ativistas se autodeclararam como homossexuais, oito como heterossexuais, dois como bissexuais e dois sem orientação sexual definida.

Tabela 6 - Frequência absoluta e relativa da orientação sexual autodeclarada pelos ativistas do movimento de Aids, segundo o gênero.

	Masculino		Feminino		Mulher Trans	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
homossexual	17	85,00	0	0,00	0	0,00
heterossexual	2	10,00	5	83,33	1	33,33
bissexual	1	5,00	0	0,00	1	33,33
não definida	0	0,00	1	16,67	1	33,33
Total	20	100	6	100	3	100

Fonte: Barboza, R. (2023).

A Tabela 7 aborda o nível de escolaridade dos entrevistados indicando alto grau de instrução. Da totalidade dos 29 ativistas, 65,51% completaram o ensino superior (N = 19), 17,24% possuem nível superior incompleto (N = 5) e 13,80% cursavam uma graduação no período da entrevista (N = 4). Apenas um ativista estudou até o ensino médio (3,45%). Entre os entrevistados do gênero masculino, 65,00% tinham nível superior completo, contra 83,33% entre as entrevistadas do gênero feminino. No segmento das mulheres trans, uma tinha nível superior completo e as outras duas ativistas possuíam nível superior incompleto e cursando uma graduação, respectivamente.

Tabela 7 - Frequência absoluta e relativa do nível de escolaridade dos ativistas do movimento de Aids, segundo o gênero.

Nível de Escolaridade	Masculino		Feminino		Mulher Trans	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ensino médio	1	5,00	0	0,00	0	0,00
superior incompleto	3	15,00	1	16,67	1	33,33
superior completo	13	65,00	5	83,33	1	33,33
superior cursando	3	15,00	0	0,00	1	33,33
Total	20	100	6	100	3	100

Fonte: Barboza, R. (2023).

A Tabela 8 esquadrinha as informações referentes à 28 entrevistados, quanto aos cursos de graduação frequentados, segundo a área de conhecimento classificada pelo CNPq e o tipo de instituição de ensino superior. De um total de 30 graduações

informadas pelos ativistas, constatou-se que 60,00% foram cursadas em instituições privadas (N = 18), contra 40,00% cursadas em instituições públicas (N = 12).

A totalidade dos 19 cursos de graduação elencados na Tabela 8, pertencem a 6 áreas de conhecimento, de acordo com a classificação do CNPq, listadas em ordem decrescente, segundo o número de cursos: as Ciências Humanas (7); as Ciências Sociais Aplicadas (4); Linguística, Letras e Artes (3); as Ciências da Saúde (2); as Ciências Exatas e da Terra (2); e as Ciências Biológicas (1).

Entre as 12 graduações no *locus* das universidades públicas, distribuídas em 4 áreas do conhecimento (CNPq), destacam-se os cursos de Comunicação Social (3), Psicologia (2), Biologia (2), Filosofia (1), Antropologia (1), Pedagogia (1), Organização Social e Política Brasileira (1) e Matemática (1). Em relação às universidades privadas, as graduações que apresentaram maior frequência foram o Direito (5) e a Comunicação Social (3), vinculadas à área de conhecimento das Ciências Sociais Aplicadas. Na sequência, outros 10 cursos oriundos de 4 áreas de conhecimento tiveram uma ocorrência cada: Psicologia, Ciências Sociais, História, Ciências Contábeis, Letras, Artes, Educação Artística, Educação Física, Farmácia e Sistemas para Internet (Tabela 8).

Tabela 8 - Frequência absoluta e relativa da graduação dos ativistas do movimento de Aids, segundo área do conhecimento (CNPq) e tipo de instituição de ensino.

Graduação	Pública		Privada		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ciências Humanas						
Psicologia	2	16,67	1	5,56	3	10,00
Filosofia	1	8,33	0	0,00	1	3,33
Antropologia	1	8,33	0	0,00	1	3,33
Ciências Sociais	0	0,00	1	5,56	1	3,33
História	0	0,00	1	5,56	1	3,33
Pedagogia	1	8,33	0	0,00	1	3,33
OSPB	1	8,33	0	0,00	1	3,33
Ciências Sociais Aplicadas						
Direito	0	0,00	5	27,78	5	16,67
Jornalismo	0	0,00	3	16,67	3	10,00
Comunicação Social	3	25,00	0	0,00	3	10,00
Ciências Contábeis	0	0,00	1	5,56	1	3,33
Linguística, Letras e Artes						
Letras	0	0,00	1	5,56	1	3,33
Artes	0	0,00	1	5,56	1	3,33
Educação Artística	0	0,00	1	5,56	1	3,33
Ciências da Saúde						
Educação Física	0	0,00	1	5,56	1	3,33
Farmácia	0	0,00	1	5,56	1	3,33
Ciências Exatas e da Terra						
Matemática	1	8,33	0	0,00	1	3,33
Sistemas para Internet	0	0,00	1	5,56	1	3,33
Ciências Biológicas						
Biologia	2	16,67	0	0,00	2	6,67
Total	12	100	18	100	30	100

Fonte: Barboza, R. (2023).

Obs.: informações referentes a 28 ativistas; 2 ativistas possuem duas graduações.

No universo dos 29 pesquisados, verifica-se na Tabela 9 que 15 ativistas são pós-graduados, ou seja, 51,72% do total. Desses, nove são especialistas, quatro possuem o título de mestre e quatro de doutor, evidenciando alto nível de escolaridade entre os participantes do movimento social de Aids entrevistados. Em linha com outras informações coletadas nas entrevistas, constatou-se que no conjunto dos ativistas pós-graduados, oito são do estado de São Paulo e sete do Rio de Janeiro.

Elucida-se na Tabela 9 que os mestrados e os doutorados foram cursados na totalidade em instituições de ensino superior (IES) públicas. Por sua vez, quatro especializações foram realizadas em IES públicas e 5 em instituições privadas.

Ao todo foram mapeados 16 cursos de Pós-Graduação (Tabela 9), oriundos de cinco grandes áreas do conhecimento, segundo a classificação do CNPq. A metade dos cursos vinculam-se às Ciências da Saúde, com destaque para as áreas específicas da Saúde Coletiva, Saúde Pública e Medicina Preventiva. Na sequência, observa-se que cinco cursos são oriundos das Ciências Sociais Aplicadas, principalmente na área específica do Direito e um curso na área da Economia Política Internacional. Na área das Ciências Humanas foram identificados dois cursos, Antropologia e Sociologia, respectivamente. Por fim, na área da Linguística, Letras e Artes, apenas o curso de Cinema e na área das Ciências Exatas e da Terra, somente o curso de Matemática.

Tabela 9 - Frequência de cursos de Pós-Graduação dos ativistas do movimento de Aids, segundo área específica (CNPq), titulação e tipo de instituição de ensino.

Área Pós-Graduação	Especialização		Mestrado		Doutorado	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
Saúde Pública	1	1	-	-	-	-
Saúde Coletiva	-	-	-	-	1	-
Medicina Preventiva	-	-	-	-	1	-
Políticas Públicas/Saúde Coletiva	-	-	1	-	-	-
Avaliação de Programas de Saúde	-	-	1	-	-	-
Comunicação em Saúde	-	-	1	-	-	-
Direitos Humanos/Vulnerabilidade	1	-	-	-	-	-
Gênero e Direito	1	-	-	-	-	-
Direito Trabalhista	-	1	-	-	-	-
Processo Civil	-	1	-	-	-	-
Processo Penal	-	1	-	-	-	-
Antropologia	-	-	-	-	1	-
Sociologia	-	1	-	-	-	-
Cinema	1	-	-	-	-	-
Economia Política Internacional	-	-	1	-	-	-
Matemática	-	-	-	-	1	-
Total	4	5	4	0	4	0

Fonte: Barboza, R. (2023).

Obs.: informações referentes a 15 ativistas; considerada somente a maior titulação.

Ademais, constatou-se que nos cursos de Pós-Graduação de mestrado, três estão alinhadas ao campo da Saúde Coletiva nas Ciências da Saúde e um ao campo da Economia Política Internacional na área das Ciências Sociais Aplicadas. Entre os doutorados, dois pertencem ao campo da Saúde Coletiva, um ao campo da Antropologia na área das Ciências Humanas e um referente à Matemática na área das Ciências Exatas e da Terra.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Cronologia da resposta social nos campos do HIV/Aids e LGBT+.

Na presente linha do tempo mapeamos e compilamos uma seleção de eventos, fatos, legislações e políticas governamentais implementadas para o controle da epidemia de HIV/Aids no mundo e no Brasil. Enfatizamos, sobretudo a trajetória e a participação social e política dos movimentos atuantes nos campos do HIV/Aids e LGBT+ no Brasil e em menor escala no cenário internacional, abrangendo o período de 1978 a abril de 2023.

As informações selecionadas e sistematizadas nessa linha do tempo foram baseadas em fontes documentais, como publicações de referência do setor público e de organizações da sociedade civil, normatizações e legislações editadas pelos governos federal e governos estaduais de São Paulo e do Rio de Janeiro, informes técnicos, notas técnicas, notícias especializadas em portais de jornalismo científico, entre outras.

As principais fontes utilizadas são de domínio público e encontram-se disponíveis nos sites oficiais das instituições consultadas, a saber:

- a) Ministério da Saúde (MS). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>
- b) Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DDCCIST). Disponível em: http://antigo.aids.gov.br/pt-br/ acesso_a_informacao/legislacao/notas-informativas
- c) Organização Mundial da Saúde (OMS). Disponível em: <https://www.who.int/pt>
- d) Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). Disponível em: <https://unaids.org.br/>
- e) Centro de Referência e Treinamento em IST/Aids, sede da Coordenação Estadual de IST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CRTIST/AIDS). Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaidsp/>
- f) Observatório Nacional de Políticas de Aids, coordenado pela Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA). Disponível em: <https://abi aids.org.br/#>

g) Fórum das ONG Aids do Estado de São Paulo (FOAESP). Disponível em: <https://www.forumaidssp.org.br/>);

h) Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+Brasil). Disponível em: <https://www.rnpvha.org.br/>

i) Agência de Notícias da AIDS. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/>

No que tange às publicações, destacamos, especialmente, duas obras seminais. A primeira obra refere-se à cronologia dos 20 anos da pandemia de HIV/Aids no Brasil e no mundo, no período de 1980 a 2001, organizada pela pesquisadora Jane Galvão, publicada, em 2002, na Coleção ABIA – Políticas Públicas, disponível em formato impresso e eletrônico. Galvão (2002) organizou a linha do tempo em duas partes denominadas: acontecimentos nacionais e internacionais, estruturados cada uma em três períodos semelhantes. Os eventos nacionais classificados nos períodos: 1980 – 1989, 1990 – 1999 e 2000 – 2001; e os internacionais nos períodos: 1981 – 1989, 1990 – 1999 e 2000 – 2001.

A segunda obra, organizada pelo jornalista e pesquisador Liandro Lindner, editada em 2005, recuperou a trajetória histórica e a memória dos Encontros Nacionais de ONG/AIDS, chamados entre os ativistas de ENONGs, realizados no país a partir da primeira edição, em 1989, na cidade de Porto Alegre, estendendo-se até o 13º ENONG, ocorrido na capital paranaense em 2005. Lindner (2005) analisou em perspectiva histórica, os pontos relevantes dos ENONGs, baseado em uma pesquisa documental e entrevistas conduzidas com os participantes/ativistas das diversas ONG/Aids do Brasil. Consta no final da obra uma cronologia no recorte temporal compreendido entre 1971 e 2005, na qual relaciona os principais fatos históricos nacionais e internacionais, as legislações editadas no Brasil e os atores governamentais e não governamentais relevantes na construção da resposta social e programática do HIV/Aids.

Na elaboração da presente cronologia, faz-se necessário pontuar que não se pretende esgotar a totalidade dos acontecimentos do período, mas sistematizar os elementos-chave da institucionalização das ações governamentais e da resposta comunitária construída pela sociedade civil organizada. Dessa forma, considerando-se o tema e o foco central da presente tese predominaram os principais eventos do campo do HIV/Aids.

No que concerne à sociedade civil, elencamos prioritariamente os marcos institucionais centrais protagonizados pelas organizações não governamentais institucionalizadas, os encontros nacionais, os fóruns, as redes identitárias, entre outros coletivos engajados no enfrentamento ao HIV/Aids e das questões LGBT+. Na sequência, apresentamos no Quadro 1 a referida cronologia.

Quadro 1 – Cronologia da resposta social nos campos do HIV/Aids e LGBT+, 1978 a maio de 2023, Brasil.

Ano	Fatos relevantes
1978	<ul style="list-style-type: none"> • Fundação do jornal Lâmpião da Esquina. • Fundação do grupo Somos – Grupo de Afirmação Homossexual.
1980	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do grupo Outra Coisa, dissidência do grupo Somos. • Criação do Grupo Gay da Bahia (GGB).
1981	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos identifica os primeiros casos de Aids em Nova York e São Francisco. • Fundação da primeira ONG/Aids, Gay Man Health Crisis (GMHC) em Nova York, Estados Unidos. • A comunidade científica adota nas publicações a denominação “Gay Related Immune Deficiency”(GRID) – Deficiência Imunológica Relacionada com os Gays.
1982	<ul style="list-style-type: none"> • Órgãos oficiais de saúde dos Estados Unidos criam a denominação “Acquired Immunodeficiency Syndrome” (AIDS) -Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, com a adoção da mesma sigla no Brasil.
1983	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES/SP) implanta o Programa Estadual de AIDS, sob a coordenação do Dr. Paulo Roberto Teixeira. • Implantação do serviço Disque Aids pela SES/SP, pioneiro no país e na América Latina.

	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo Gay da Bahia (GGB), primeira ONG gay do país, registrada em cartório, após uma batalha judicial.
1984	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria Estadual de Saúde de Rio de Janeiro implanta o Programa Estadual de AIDS, sob a coordenação do Dr. Álvaro Matida. • A travesti Brenda Lee cria o Palácio das Princesas, a primeira casa de apoio para pessoas vivendo com Aids do país, inicialmente, somente para acolher travestis.
1985	<ul style="list-style-type: none"> • Fundação do Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS (GAPA) em São Paulo, primeira organização não governamental brasileira e da América Latina no campo da Aids; e do Grupo Triângulo Rosa, responsável pela articulação e expansão das ações do movimento homossexual no país, e do Grupo Atobá, ambos no Rio de Janeiro. • Publicação da portaria nº 236, de 2/02/1985, do Ministério da Saúde, que implanta o “Programa Nacional de AIDS”, sob a coordenação da Dra. Lair Guerra de Macedo. • Conselho Federal de Medicina (CFM) suprime o termo “homossexualismo” da classificação de doenças, graças à incidência política do Movimento Homossexual Brasileiro. • I Conferência Internacional de Aids em Atlanta, nos Estados Unidos.
1986	<ul style="list-style-type: none"> • Organização Mundial da Saúde (OMS) cria o “Programa Especial de AIDS”, sob a coordenação do Dr. Jonathan Mann. • Assembleia Legislativa de São Paulo aprova lei que torna obrigatória a triagem sorológica para o HIV nas transfusões de sangue.
1987	<ul style="list-style-type: none"> • Fundação da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) pelo sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, e pelo médico Walter Almeida. • Fundação do Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS (GAPA) no Rio de Janeiro.

	<ul style="list-style-type: none"> • Fundação do grupo de ativismo político, “Aids Coalition to Unleash Power” (ACT UP) em Nova York, Estados Unidos.
1988	<ul style="list-style-type: none"> • SES/SP cria o Centro de Referência e Treinamento em AIDS, responsável pela coordenação da política estadual de Aids. Posteriormente, a instituição incorpora as DST nas ações programáticas e na sua denominação. • A Constituição Federal de 1988, proíbe a comercialização do sangue e seus produtos, uma grande conquista do ativismo social. • OMS define o dia 1º de dezembro, como “Dia Mundial de Luta Conta a Aids”.
1989	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids (Grupo pela <i>Vidda</i>) no Rio de Janeiro e em São Paulo, atuando na defesa por direitos e visibilidade social das pessoas vivendo com HIV e Aids. • 1º Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG), realizado em Belo Horizonte, com a participação de 14 organizações. • 2º Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG), realizado em Porto Alegre, com a participação de 38 organizações. • Publicação da Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS, resultado do 2º ENONG. • Início da monoterapia com Zidovudina (AZT) na rede pública para o tratamento do HIV. • I Encontro Internacional de ONGs com Serviços em HIV/Aids – “Oportunidades de Solidariedade” (Opportunities for solidarity), em Montreal no Canadá, com a participação de mais de 300 pessoas de 50 países.
1990	<ul style="list-style-type: none"> • 3º Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG), realizado em Santos, com a participação de 43 organizações. • Fundação do Grupo de Incentivo à Vida (GIV), em São Paulo, primeira ONG da América Latina formada por soropositivos,

	<p>dedicada à luta pelos direitos das pessoas vivendo com HIV e Aids e das populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 17 de Maio: Organização Mundial da Saúde (OMS) retira a homossexualidade na 10ª Revisão da Lista da Classificação Internacional de Doenças (CID - 10).
1991	<ul style="list-style-type: none"> • 1º Encontro Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, realizado no Rio de Janeiro. • 4º Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG), realizado em São Paulo, com a participação de 43 organizações. • Início da distribuição (ampliada) do AZT no SUS.
1992	<ul style="list-style-type: none"> • Início das negociações do acordo de cooperação para Aids entre o governo brasileiro, Ministério da Saúde, e o Banco Mundial (Projeto AIDS I). • Ministério da Saúde, cria o Comitê Técnico Assessor de Vacinas Anti-HIV, com a participação de 5 ONG/Aids. • Criação da Associação de Travestis e Liberados (ASTRAL) no Rio de Janeiro. • 5º Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG), realizado em Fortaleza, com a participação de 87 organizações. • Criação da “International Community of Women Living with HIV/AIDS” (ICW) (Comunidade Internacional de Mulheres Vivendo com HIV/AIDS), com sede no Reino Unido e atuação em 120 países. • Morre Herbert Daniel, diretor da ABIA e presidente do Grupo Pela <i>Vidda</i>/RJ, referência na história do ativismo em Aids nacional e internacional. • Morre Paulo César Bonfim, fundador do GAPA/SP. • Morre José Roberto Peruzzo, primeiro presidente do GIV/SP. • Sindicato das Escolas Particulares do Estado de São Paulo decide recusar a matrícula de crianças com HIV.

1993	<ul style="list-style-type: none"> • I Encontro Nacional de Travestis e Liberados que Atuam na Prevenção da Aids (ENTLAIDS), organizado pelo grupo ASTRAL, no Rio de Janeiro. • Programa Nacional de DST/AIDS, realiza a primeira concorrência pública para o financiamento de projetos de ONG. • Início da fabricação nacional da Zidovudina (AZT).
1994	<ul style="list-style-type: none"> • Ministério da Saúde implanta o Projeto AIDS I (1994 - 1998) financiado pelo Banco Mundial e recursos do tesouro nacional. • 6º Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG), realizado em Vitória, com a participação de 103 organizações. • I Encontro de Pessoas Vivendo com HIV/Aids da América Latina, realizado em São Paulo.
1995	<ul style="list-style-type: none"> • Criação da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids (RNP+ Brasil), iniciativa de ativistas que participaram do “Global Network of People living with HIV” (GNP+), em Cape Town na África do Sul. • Fundação da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT). • 7º Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG), realizado em Salvador, com a participação de 120 organizações.
1996	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), copatrocinado por 11 agências do sistema das Nações Unidas. • Programa Estadual DST/Aids de São Paulo, implanta a terapia antirretroviral altamente potente (HAART) com o uso simultâneo de três medicamentos. • Publicação da Lei Federal nº 9.279, de 14/05/1996, que regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial (patentes).

	<ul style="list-style-type: none"> • Presidente Fernando Henrique Cardoso sanciona a Lei Federal nº 9.313, de 13/11/1996, de autoria do senador José Sarney, que assegura o acesso ao tratamento com antirretrovirais no país. • Aprovação do I Plano Nacional de Direitos Humanos, pioneiro nas ações voltadas à população homossexual na administração pública. • Travesti Brenda Lee é assassinada em São Paulo. • 8º Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG), realizado em São Paulo, com a participação de 103 organizações e a presença inédita do ministro da saúde, Dr. Adib Jatene.
1997	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do Fórum das ONG/Aids do Estado de São Paulo, pioneiro no país. • Criação do Fórum das ONG/Aids do Estado do Rio de Janeiro. • Ministério da Saúde, implanta no país, em janeiro, a terapia antirretroviral altamente potente (HAART). • 9º Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG), realizado em Brasília, com a participação de 152 delegados, ocasião em que uma comissão foi recebida pelo presidente em exercício, Marco Maciel.
1998	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação do Projeto AIDS II (1998 - 2002) financiado pelo Banco Mundial e com recursos do tesouro nacional. • I Parada do Orgulho Gay de São Paulo, com o mote “Os direitos de gays, lésbicas e travestis são direitos humanos”, com participação de 2 mil pessoas.
1999	<ul style="list-style-type: none"> • 10º Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG), realizado em Belo Horizonte, com a participação de 215 organizações e 212 delegados e estruturado em grupos de trabalho. • O Decreto Presidencial nº 3.201, de 6/10/1999, “dispõe sobre a concessão de ofício de licença compulsória nos casos de emergência nacional e de interesse público de que trata o artigo 71 da Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996”.

2000	<ul style="list-style-type: none"> • Criação da Articulação Nacional de Transgêneros (ANTRA). • Manifesto nacional das ONG/Aids, em novembro, para a compra de medicamentos antirretrovirais no SUS.
2001	<ul style="list-style-type: none"> • Lançamento da Frente Parlamentar Nacional em HIV/Aids e outras DST na Câmara dos Deputados. • 11º Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG), realizado em Recife, com a participação de mais de 250 organizações, ocasião em houve um protesto em frente ao consulado norte-americano, contrária à solicitado pelos Estados Unidos à Organização Mundial do Comércio (OMC), por conta da lei de patentes brasileira. • Publicação da Lei estadual nº 10.948, de 5/11/2001, atualizada pela Lei nº 15.082, de 10/07/2013, dispõe sobre as penalidades a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual no estado de São Paulo. • Em fevereiro, o ministro da saúde, José Serra, cogita a quebra de patente dos antirretrovirais Nelfinavir, do laboratório Roche, e o Efavirenz, do laboratório Merck. • Em agosto, o Ministério da Saúde decidiu pelo licenciamento compulsório do Nelfinavir e a Roche realizou um acordo para evitar a quebra da patente. • Em junho, realizou-se a Sessão Extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV e Aids, em Nova York (UNGASS HIV/AIDS), cujo que como produto, a Declaração de Compromisso sobre HIV e Aids, consensuada por 189 países, incluindo o Brasil, que pactua os princípios orientadores para resposta à epidemia.
2002	<ul style="list-style-type: none"> • Ministério da Saúde implanta a Política de Incentivo para DST/Aids no SUS, com transferências regulares de recursos financeiros para Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (em vigência até o presente momento em maio/2023).

	<ul style="list-style-type: none"> • Publicação da Lei estadual nº 11.199, de 12/07/2002, que proíbe a discriminação aos portadores do vírus HIV ou às pessoas com Aids no estado de São Paulo. • Publicação da portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002, institui no SUS a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. • Organização Mundial da Saúde (OMS) cria o Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária.
2003	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação do Projeto AIDS III (2003 - 2006) financiado pelo Banco Mundial; • 12º Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG), realizado em São Paulo, com a participação de 273 organizações. • Lançamento da Frente Parlamentar pela Cidadania LGBT na Câmara dos Deputados. • Formação da articulação “Um Mundo, Uma Luta”, em atuação conjunta no Fórum Social Mundial em Porto Alegre.
2004	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do Movimento Nacional das Cidadãs “Posithivas”. • Criação do Programa Brasil sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual. • 17 de Maio: Dia Internacional Contra a Homofobia, Transfobia e Bifobia.
2005	<ul style="list-style-type: none"> • 13º Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG) realizado em Curitiba. • Falta de medicamentos antirretrovirais no SUS, em fevereiro, (Zidovudina, Biovir, Indinavir e Atazanavir). • Dispensação fracionada no SUS, em abril, dos antirretrovirais Tenofovir e Efavirenz. • Ministério da Saúde solicita a licença voluntária de alguns antirretrovirais.

2006	<ul style="list-style-type: none"> • Brasil torna-se signatário dos Princípios de Yogyakarta, referentes à aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero.
2007	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do Programa “Rio sem Homofobia”, subordinado à Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos do Rio de Janeiro. • Elaboração do Projeto Escola sem Homofobia em nível federal. Relançamento da Frente Parlamentar pela Cidadania LGBT na Câmara dos Deputados. • 14º Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG) realizado em Goiânia.
2008	<ul style="list-style-type: none"> • I Conferência Nacional de GLBT com o tema: “Direitos Humanos e Políticas Públicas: o Caminho para Garantir a Cidadania de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais”. • Lançamento da Frente Parlamentar de Enfrentamento às DST/HIV/Aids do Estado de São Paulo na Assembleia Legislativa, proposta pelo deputado Bruno Covas (PSDB). • Lançamento da Frente Parlamentar pela Luta Contra o HIV/Aids e Tuberculose na Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro, idealizada pelo deputado Gilberto Palmares (PT). • Inauguração do Centro de Referência da Diversidade (CRD) na capital paulista, por meio de edital público, sob coordenação do Grupo Pela <i>Vidda</i>/SP, em atividade até a presente data (maio/2023).
2009	<ul style="list-style-type: none"> • Lançamento do I Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, com 51 diretrizes e 180 ações intersetoriais. • Criação da Coordenação Geral de Promoção dos Direitos de LGBT na estrutura da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.

	<ul style="list-style-type: none"> • Criação da Coordenação de Políticas Públicas da Diversidade Sexual do Estado de São Paulo, por meio do decreto nº 54.032, objetivando a elaboração de políticas públicas para a promoção dos direitos da população LGBTQ+. • Publicação da portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. • Publicação da nº 992, de 13 de maio de 2009, institui no SUS a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. • 15º Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG) realizado no Rio de Janeiro.
2010	<ul style="list-style-type: none"> • Instalação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. • Decreto Presidencial, de 4 de junho de 2010, institui o Dia Nacional de Combate à Homofobia. • Jean Wyllys, eleito deputado federal pelo PSOL, no estado do Rio de Janeiro.
2011	<ul style="list-style-type: none"> • Supremo Tribunal Federal (STF) reconhece a união estável para casais do mesmo sexo. • Inclusão do módulo LGBTQ no Disque Direitos Humanos - Disque 100. • Suspensão do Projeto Escola sem Homofobia pela presidente Dilma Rousseff. • Publicação da portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011, institui no SUS, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. • 16º Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG) realizado em Belém. • II Conferência Nacional LGBTQ com o tema: “Por um País Livre da Pobreza e da Discriminação: Promovendo a Cidadania de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”, debateu

	<p>como as condições de classe potencializam vulnerabilidades e violências contra os segmentos LGBT.</p>
2013	<ul style="list-style-type: none"> • Criação da Articulação Nacional de Luta Contra a Aids (ANAIDS), rede que congrega Fóruns Estaduais de ONG/Aids, redes e movimentos de pessoas vivendo com HIV e Aids eleitos em fóruns locais e regionais, no sentido de fortalecer a participação e a representatividade da sociedade civil organizada em colegiados oficiais, comitês e eventos nacionais e internacionais. • Publicação da portaria nº 2803, de 20 de novembro de 2013, que redefine e amplia o Processo Transsexualizador no SUS. • Conselho Nacional de Justiça aprova a resolução nº 175, obrigando cartórios a realizarem o casamento entre casais do mesmo sexo. • O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) define o 1º de março como o “Dia de Zero Discriminação”, liderada por Aung San Suu Kyi, vencedora do prêmio Nobel da Paz. Defende-se o direito das pessoas a uma vida plena, produtiva e com dignidade, independente de origem, orientação sexual, identidade de gênero, sorologia para o HIV ou raça e etnia. • 17º Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG) realizado em Salvador. • Implantação do Sistema Nacional de Promoção de Direitos e Enfrentamento à Violência contra LGBT.
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Publicação da Lei Federal nº 12.984, de 2 de junho de 2014, define como crime a discriminação aos portadores do vírus HIV e doentes de Aids. • Brasil assume a meta 90-90-90 do UNAIDS, propondo que até 2020, 90% das pessoas conheçam o seu status sorológico; dessas, 90% estejam em tratamento; e dessas, 90% com carga viral indetectável para o HIV.

	<ul style="list-style-type: none"> • Criação do Comitê Nacional de Políticas Públicas LGBT.
2015	<ul style="list-style-type: none"> • World Psychiatric Association (WPA) condena as “terapias de conversão”. • 18º Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG) realizado em Campo Grande.
2016	<ul style="list-style-type: none"> • O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos e a Sociedade Internacional de AIDS (IAS), revisam as informações sobre a transmissibilidade do HIV e assumem publicamente que “Indetectável é igual a Intransmissível” (I = I), baseado nas conclusões dos estudos HPTN 052 e Partner, publicados em 2016 e <i>Opposites Attract</i> em 2017. • III Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de LGBT com o tema: “Por um Brasil que Criminalize a Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”, discutiu novos desafios para a garantia da cidadania da população LGBT no Brasil. • Publicação do Decreto Presidencial nº 8.727, de 28 de abril de 2016, dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Supremo Tribunal Federal (STF) determina que a união estável e o casamento possuem o mesmo valor jurídico nas questões sucessórias e de direito à herança pelo cônjuge. • Início da distribuição gradual no SUS da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP). • Ministério da Saúde define as bases conceituais e adota a estratégia de prevenção combinada do HIV no SUS. • Publicação dos Princípios de Yogyakarta Mais 10 (PY+10) em complemento aos 29 princípios originais publicados em 2006.

	<ul style="list-style-type: none"> • Portaria do Ministério da Saúde nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor (autodeclaração) nos formulários dos sistemas de informação em saúde. • Publicação da resolução nº 47, de 29 de junho de 2017, instituiu o Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP). • 19º Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG) realizado em Natal.
2018	<ul style="list-style-type: none"> • A Organização Mundial de Saúde (OMS) retira a transexualidade da lista de classificação internacional de doenças.
2019	<ul style="list-style-type: none"> • 20º Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG) realizado em São Paulo. • Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais publica a Nota Informativa nº 5/2019, de 14/05/2019 sobre o conceito do termo Indetectável = Intransmissível (I = I) para pessoas vivendo com HIV que estejam em tratamento e com carga viral do HIV indetectável há pelo menos 6 meses. • Publicação do Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções de confiança do Ministério da Saúde. • A Secretaria de Vigilância em Saúde (MS), renomeia o antigo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais para Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DDCCIST).

	<ul style="list-style-type: none"> • Supremo Tribunal Federal (STF), em 13 de junho de 2019, reconhecendo a omissão do Legislativo, enquadra a homofobia e a transfobia como crimes de racismo, previsto na Lei do Racismo (Lei nº 7.716/1989). • Publicação do Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. • Publicação da International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (Ilga) - State-Sponsored Homophobia – denunciou que o Brasil ocupa o primeiro lugar no ranking de homicídios de LGBTQ+ nas Américas e de assassinatos de pessoas trans no mundo.
2020	<ul style="list-style-type: none"> • A OMS declarou, em 30 de janeiro de 2020, a COVID-19 causada pelo novo coronavírus Sars-CoV-2 como “Emergência de Saúde Pública de Emergência Internacional” (ESPII). • Em 11 de março de 2020, a OMS classificou a COVID-19 como uma nova pandemia. • Em 3 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde declarou a COVID-19 como uma “Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional”, notificando o primeiro caso, em 26 de fevereiro, na cidade de São Paulo, referente a um brasileiro que havia viajado para a Itália. • Em 2 de abril de 2020, o Congresso Nacional aprovou o auxílio emergencial de R\$ 600 por mês. • Em 7 de agosto de 2020, o Brasil registrou 100 mil óbitos em decorrência da COVID-19. • Em 10 de dezembro de 2020, o Ministério da Saúde confirmou o primeiro caso de reinfeção no país pelo coronavírus.
2021	<ul style="list-style-type: none"> • Em 17 de janeiro de 2021, o estado de São Paulo iniciou a vacinação para COVID-19 com o imunizante CoronaVac na rede do SUS, autorizado pela Agência Nacional de Vigilância

	<p>Sanitária (Anvisa) para uso emergencial, resultado de um acordo de transferência tecnológica, entre o Instituto Butantan e a empresa chinesa Sinovac.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em março de 2021, iniciada a imunização no SUS com a vacina Oxford-AstraZeneca, disponibilizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). • As pessoas vivendo com HIV e Aids foram incluídas nos grupos prioritários do calendário de imunização para COVID-19, independentemente da contagem de células de defesa, após pressão dos ativistas junto ao Ministério da Saúde. • No final do primeiro semestre de 2021, 96 milhões de brasileiros receberam pelo menos uma dose dos imunizantes e os dados do Ministério da Saúde registraram uma redução de 42% nos óbitos associados à COVID-19. • O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), publica a “Estratégia Global para AIDS 2021-2026 – Acabar com as Desigualdades. Acabar com a AIDS”, baseado nas interface entre as pandemias do HIV e da COVID-19, define prioridades e ações a serem implementadas em parcerias globais, regionais, nacionais e comunitárias para chegar, até 2030, ao fim da AIDS.
2022	<ul style="list-style-type: none"> • 21º Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG), realizado em Caucaia, região metropolitana de Fortaleza. • Publicação da Lei Federal nº 14.289, de 3 de janeiro de 2022, que torna obrigatória a preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites crônicas (HBV e HCV) e de pessoa com hanseníase e com tuberculose, nos casos que estabelece; e altera a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

	<ul style="list-style-type: none"> • Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS, publica “Carta Política da RNP+Brasil para Equipe de Transição” do governo Luís Inácio Lula da Silva. • Em fevereiro de 2022, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), entrega o primeiro lote de vacinas da AstraZeneca com produção 100% nacional.
2023	<ul style="list-style-type: none"> • Dados da OMS, apontam que no período entre 30 de dezembro de 2019 a 10 de abril de 2023, os Estados Unidos lideram o ranking mundial com mais de 1 milhão de óbitos pela COVID-19 (N= 1.118.800), seguido pelo Brasil, na segunda posição, com 700.556 óbitos. • Dados acumulados do Ministério da Saúde até 4 de abril de 2023, demonstram que a região Sudeste lidera a mortalidade pela COVID-19 no país. Os óbitos notificados nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro, correspondem a 76,08% da região e comparado ao país, a proporção supera um terço das mortes, totalizando 36,63%. • Em 5 de maio de 2023, a OMS revisou o status sanitário da COVID-19, considerada uma “Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional” (ESPII). • Publicação do Decreto nº 11.371, de 1º de janeiro de 2023, que revogou o Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, que extinguiu e limitou os colegiados da administração pública federal. • Ministério da Saúde edita a portaria nº 230, de 7/03/2023, que institui o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde.

Fonte: Elaborado por Barboza, R. (2023).

Na sequência, analisamos a linha do tempo do movimento social de Aids e LGBT+, organizada em seis momentos distintos e complementares, nos respectivos recortes temporais. O primeiro momento: 1978 a 1982; o segundo momento: 1983 a

1991; o terceiro momento: 1992 a 2002; o quarto momento: 2003 a 2017; o quinto momento: 2018 a 2020; e o 6) sexto momento: 2021 a 2023.

6.1.1 Primeiro momento (1978 a 1982): organização e desarticulação do Movimento Homossexual Brasileiro e o advento da Aids.

O primeiro momento foi marcado pela organização e atuação do Movimento Homossexual Brasileiro (MHB), especialmente do “Somos - Grupo de Afirmação Homossexual” e de outros coletivos, como o grupo “Outra Coisa” e o “Grupo Gay da Bahia”, que continua em atividade. As ações mais estruturadas desse ativismo homossexual concentraram-se no eixo São Paulo – Rio de Janeiro. Destaca-se a fundação do jornal “Lampião da Esquina”, um veículo de informação pioneiro, responsável pelo acesso dos membros da comunidade homossexual aos debates e às agendas do movimento, cuja circulação tinha uma certa capilaridade no país, não se restringindo aos grandes centros urbanos.

Nesse período, as autoridades sanitárias norte americanas, por meio do Centro de Controle de Doenças, informaram à comunidade científica, em 1981, sobre os primeiros casos da nova doença, denominada, inicialmente, de “Gay Related Immune Deficiency” (GRID), posteriormente revisada, em 1982, para “Acquired Immunodeficiency Syndrome” (AIDS), sigla adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela maioria dos países, incluindo o Brasil.

No cenário internacional do ativismo, cabe registrar a mobilização célere da comunidade homossexual de Nova York ao criar a primeira ONG/Aids em nível mundial, denominada “Gay Man Health Crisis” (GMHC). Essa ONG seminal, inspirou a criação de outras entidades semelhantes em vários países, demarcando, assim, a relevância da organização comunitária das pessoas diretamente afetadas pelo HIV/Aids e de outros simpatizantes.

Ainda no início da década de 1980, o MHB enfrentava um processo de desarticulação e fragmentação dos ativistas, em especial do grupo Somos. Figari (2007) sublinha que, dos 22 grupos existentes de militância homossexual no país, em 1980, foram reduzidos para 4 grupos em 1985 e 3 grupos em 1986. As questões de

ordem identitária e política foram decisivas nos desfechos do MHB, como esclarece a socióloga Fernanda Petrarca (2015):

A dispersão em outros grupos, como mulheres e negros homossexuais que não se sentiam representados pelas organizações homossexuais, contribuiu para dividir muitas entidades que acabaram por ser extintas. Além disso, a maioria dos grupos já se encontrava dividida entre aqueles que associavam a luta homossexual a uma “luta maior”, como a democracia, e aqueles que acreditavam na defesa de uma causa homossexual independente do debate político (Petrarca, 2015, p. 103).

6.1.2 Segundo momento (1983 a 1991): primeiras respostas governamentais e não governamentais no campo da Aids no Brasil.

No segundo momento foram implantadas as primeiras respostas do poder público para o enfrentamento do HIV/Aids. O Programa Estadual de AIDS, criado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), em 1983, em atenção às demandas vocalizadas por grupos de direitos homossexuais foi pioneiro no país e na sequência, em 1984, o programa da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. Em relação à esfera federal, o Programa Nacional de AIDS foi instituído pelo Ministério da Saúde, somente, em 1985, quando outros estados da federação, além de São Paulo e do Rio de Janeiro já haviam constituído os seus programas de controle do HIV/Aids (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015a). Na SES/SP a criação do Centro de Referência e Treinamento em AIDS, em 1988, fortaleceu as ações de prevenção, tratamento e vigilância epidemiológica do HIV, bem como a coordenação das ações programáticas na articulação das regionais de saúde e dos municípios paulistas.

No contexto internacional, realizou-se, em 1985, a I Conferência de AIDS nos Estados Unidos, um evento importante de articulação da comunidade científica. A Organização Mundial da Saúde (OMS), criou o “Programa Especial de AIDS”, em 1986, sob a direção de Jonathan Mann, definindo, assim, as primeiras ações globais de enfrentamento à nova pandemia. Em 1º de dezembro de 1988, lançou o “Dia Mundial de Luta contra a Aids”, uma data fundamental para as ações de mobilização e visibilidade sociopolítica do ativismo. Sublinha-se ainda, a revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) pela OMS, suprimindo a homossexualidade da

lista de agravos, um passo inicial, mas estratégico no combate ao estigma e à discriminação de gênero.

No que tange à organização da sociedade civil, nesse período seminal verificou-se a fundação das primeiras ONG/Aids do país no eixo São Paulo – Rio de Janeiro, organizadas nos moldes do associativismo e tipificadas como organizações não governamentais. Dessa maneira, foram fundados, em 1985, o Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS (GAPA) em São Paulo, entidade pioneira no país e na América Latina; o Grupo Triângulo Rosa que ampliou as ações do movimento homossexual e o Grupo Atobá, ambos no Rio de Janeiro. Posteriormente, em 1988, a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) e o GAPA Rio de Janeiro e, em 1989, os grupos *Pela Vida* - Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids - em São Paulo e no Rio de Janeiro, voltados à defesa dos direitos das pessoas vivendo com HIV e Aids. Na sequência, em 1990, foi criado o Grupo de Incentivo à Vida (GIV) em São Paulo, sendo a primeira ONG da América Latina, constituída somente por pessoas com HIV na perspectiva do ativismo soropositivo (Pelúcio, 2007). A pesquisadora Jane Galvão (2000) nomeia esse período das primeiras respostas comunitárias de luta contra a Aids como os “anos heroicos” da história social da epidemia.

No contexto internacional, em Nova York, houve a fundação, em 1987, do “Aids Coalition to Unleash Power” (ACT UP). Essa organização é reconhecida até o presente momento por empreender ações contundentes baseadas no ativismo político endereçado aos laboratórios e indústrias farmacêuticas, sobretudo nos Estados Unidos, no Canadá e na França. O encontro “Opportunities for solidarity” realizado em 1989, em Montreal foi um marco no processo de politização do HIV/Aids e mobilizou um contingente expressivo de ativistas oriundos de 50 países.

No Brasil, a partir do 1º Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG) realizado em 1989, em Belo Horizonte, o ativismo social trilhou os primeiros passos para a institucionalização de um *locus* de articulação política e definição de uma agenda comum ao movimento de HIV/Aids. No período de 1983 a 1991, ocorreram 4 edições do ENONG, nas regiões Sudeste e Sul, com um incremento significativo na adesão das organizações, que passou de 14 entidades na primeira edição para 43 entidades na quarta edição (Lindner, 2005).

Um dos marcos do ativismo no contexto da saúde pública, referiu-se à publicação da “Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS”, uma iniciativa capitaneada pelo sociólogo Herbert Daniel nos debates do 2º ENONG no final da década de 1980. Segundo Leandro Lindner (2005), “a intenção era dar consistência política à idéia de criação de uma rede, imprimindo diretrizes e linhas de atuação, focando na responsabilidade da sociedade e nos compromissos dos governos com a saúde pública” (p. 34).

O documento foi concebido à luz da “Declaração dos direitos dos doentes de Aids e Soropositivos”, escrita pelas associações francesas, “AIDES” e “Medicins du Monde”. Dada a sua relevância, reproduzimos na íntegra a “Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS”, citada por Lindner (2005, p. 35-36):

Considerando que a AIDS, do ponto de vista da medicina, é uma doença como as outras; que a AIDS é uma epidemia mundial e é preciso um esforço coletivo mundial para detê-la; que não existe perigo de contágio da AIDS exceto através das relações sexuais, de transfusão de sanguínea e da passagem da mãe para o feto ou bebê; que do ponto de vista planetário é a Humanidade que se encontra soropositiva, não existindo uma “minoría” de doentes; que contra o pânico, os preconceitos e a discriminação a prática da solidariedade é essencial, proclamamos que:

- 1- Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, cientificamente fundada sobre a AIDS, sem nenhum tipo de restrição. Os portadores do vírus têm direito a informações específicas sobre sua condição.
- 2- Todo o portador do vírus da AIDS tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.
- 3- Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação.
- 4- Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV, qualquer que seja sua raça, sua nacionalidade, sua religião, sua ideologia, seu sexo ou orientação sexual.
- 5- Todo o portador do vírus da AIDS tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que tende a recusar aos portadores do vírus um emprego, um alojamento, uma assistência ou privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação nas atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei.
- 6- Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV.

7- Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para a AIDS sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.

8- Ninguém será submetido aos testes de AIDS compulsoriamente, em caso algum. Os testes de AIDS deverão ser usados exclusivamente para fins diagnósticos, para controle de transfusões e transplantes, e estudos epidemiológicos e nunca para qualquer tipo de controle de pessoas ou populações. Em todos os casos de testes, os interessados deverão ser informados. Os resultados deverão ser informados por um profissional competente.

9- Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde ou o resultado dos seus testes.

10- Todo portador do vírus tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania.

VIVA A VIDA! (Lindner, 2005, p. 35-36).

Após mais de três décadas, os 10 pontos basilares da “Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS”, seguem sendo legitimados pelos ativistas de diferentes gerações enquanto um pilar de sustentação do movimento social de Aids na defesa pelo direito à saúde e à cidadania, impulsionados pela Constituição Federal de 1988 em vigência no país.

6.1.3 Terceiro momento (1992 a 2002): ampliação e fortalecimento das respostas governamentais e comunitárias nos campos da Aids e LGBT+ no Brasil.

O terceiro momento foi marcado pela ampliação, estruturação e o fortalecimento das respostas governamentais e comunitárias nos campos do HIV/Aids e LGBT+ no Brasil. No governo do ex-presidente Itamar Franco (1992 - 1995) iniciaram-se as negociações entre o Ministério da Saúde e o Banco Mundial para o primeiro acordo de empréstimo bilateral para Aids, mobilizando uma ampla rede de atores governamentais e não governamentais. O acordo de empréstimo, implantado em 1994, com vigência de quatro anos, “Projeto AIDS I” aportou US\$ 250 milhões, sendo US\$ 160 milhões do Banco Mundial e US\$ 90 milhões de contrapartida nacional, incluindo 60% de recursos dos estados e municípios e 40% da União. Posteriormente,

houve o financiamento pelo Banco Mundial do “Projeto AIDS II”, entre 1998 e 2002, com aporte de US\$ 296,5 milhões. O recurso do Banco Mundial foi essencial para o fortalecimento da gestão descentralizada nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, em especial em São Paulo e no Rio de Janeiro, bem como para implantar o financiamento de projetos de prevenção e suporte às casas de apoio e acolhimento de pessoas com HIV e Aids mais vulneráveis, coordenados pelas ONG/Aids (Teixeira, 1997; Galvão, 2000; Barboza, 2021).

Nesse terceiro momento, o aumento expressivo das ONG/Aids no país e a maior complexidade dos processos de captação de recursos e execução de projetos comunitários, contribuiu decisivamente para a criação de novos espaços de articulação institucional. Figari (2007), identificou 82 ONG/Aids no ano de 1992 e após dois anos já existiam mais de 250 organizações oficializadas no país. Na ótica do associativismo foram constituídos fóruns estaduais congregando várias entidades com atuação exclusiva ou não no campo do HIV/Aids. Uma parcela desses fóruns recém criados se institucionalizou como figura jurídica, considerada entre os ativistas uma condição fundamental para a sustentabilidade política das entidades e a participação oficial em colegiados, comissões técnicas e grupos de trabalho governamentais (Barboza, 2013; Petrarca, 2015; Barboza & Silva, 2020).

O Fórum das ONG/Aids do Estado de São Paulo (FOAESP), criado em 1997, foi pioneiro e consolidou-se como um locus de incidência política com influência em âmbito nacional (Barboza & Silva, 2020). No mesmo ano houve a fundação do Fórum de ONG/Aids do Estado do Rio de Janeiro e, posteriormente, no Rio Grande do Sul. Os fóruns estaduais seguem ativos e estão presentes na maioria das unidades da federação (Laurindo-Teodorescu & Teixeira, 2015b).

Além dos fóruns estaduais, um outro tipo de arranjo institucional promoveu mudanças na organização do ativismo no país. Trata-se da criação da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids (RNP+ Brasil), em 1995, uma iniciativa de ativistas que participaram do “Global Network of People living with HIV” (GNP+) em Cape Town, discutidas, posteriormente, em uma reunião paralela com apenas 10 pessoas no “V Encontro Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids”, bem como nas atividades do 7º ENONG. A RNP+ Brasil, em vigência, foi pioneira na

implantação das redes identitárias no campo do HIV/Aids com abrangência nacional e no ano de 1997 foram estruturadas as secretarias em todas as macrorregiões do país. Lindner (2005) explicita o objetivo central da rede publicado em 1998: “promover o fortalecimento das pessoas sorologicamente positivas ao HIV e demandar mais espaço para as pessoas que vivem com HIV, tanto nas instâncias de decisão governamental, como nas ONGs” (p. 65).

No período de 1992 a 2002, foram realizadas 7 edições regulares do ENONG em capitais das regiões Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste. Como apontado no segundo momento dessa linha do tempo, a participação das organizações foi crescente, de 87 ONGs na quinta edição para mais de 250 ONGs na 11ª edição, ou seja, quase o triplo de entidades participantes. Sublinha-se, durante o 8º ENONG, em São Paulo, a participação inédita de um ministro da saúde, o Dr. Adib Jatene, conferencista em uma mesa sobre a “Política Nacional de Saúde e a Aids”; e as atividades do 9º ENONG, em Brasília, quando uma comissão foi recebida pelo presidente em exercício Marco Maciel, evidenciando, assim, a influência política alcançada pela visibilidade do ativismo social em HIV/Aids na década de 1990 (Lindner, 2005).

No cenário internacional, no período, houve avanços significativos no âmbito das agências de cooperação para uma resposta global de enfrentamento do HIV/Aids, como a criação, em 1996, do “Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids” (UNAIDS) que articula 11 agências do sistema das Nações Unidas. Posteriormente, em 2001, a realização da “Sessão Extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV e Aids”, em Nova York (UNGASS HIV/AIDS), na qual 189 países, incluindo o Brasil, aprovaram por consenso, a “Declaração de Compromisso sobre HIV e Aids”, com a definição de metas globais. No ano seguinte, a Organização Mundial da Saúde criou o Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária, que apesar das dificuldades de manutenção dos países doadores, foi primordial para ampliar o financiamento de ações de controle da epidemia.

No campo LGBT+ destaca-se a organização institucional e política de segmentos mais vulneráveis, como a fundação, em 1995, da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLBT) e no ano 2000 da Articulação Nacional de Transgêneros (ANTRA). Cabe registrar que nesse

período, houve avanços no diálogo e na interface das ações coletivas envidadas pelos movimentos de HIV/Aids e LGBT+ no país, a exemplo da I Parada do Orgulho Gay de São Paulo, em 1998, com foco nos direitos LGBT enquanto direitos humanos. Um marco governamental fundamental referiu-se à aprovação do I Plano Nacional de Direitos Humanos, em 1996, que contemplou ações voltadas à população homossexual, assim como no ano de 2001, com o lançamento na Câmara dos Deputados da Frente Parlamentar Nacional em HIV/Aids e outras DST.

Nesse terceiro momento foram editadas diversas legislações nas esferas federais e estaduais que estão vigentes e conferem sustentabilidade legal e jurídica em questões estratégicas como o acesso à medicamentos para HIV/Aids no SUS, licenças compulsórias de medicamentos, penalidades para coibir situações de discriminação relacionada à orientação sexual e às pessoas com HIV e Aids. Nesse sentido, enfatiza-se a edição no governo Fernando Henrique Cardoso da Lei Federal nº 9.279, de 14/05/1996, que regula direitos e obrigações referentes à propriedade industrial; a Lei Federal nº 9.313, de 13/11/1996, que assegura o acesso universal ao tratamento com os antirretrovirais no SUS; e o Decreto Presidencial nº 3.201, de 6/10/1999, sobre a licença compulsória em casos de emergência nacional e interesse público.

Ressalta-se ainda, a implantação, em 1997, da terapia antirretroviral altamente potente, conhecida como coquetel na rede do SUS, essencial para redução da mortalidade e à promoção da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e Aids. A pauta do acesso universal e sustentável ao tratamento no SUS sempre esteve presente como um mote das ações de pressão e protestos do ativismo social endereçados à esfera federal e à indústria farmacêutica, defensora das patentes. Em 2001, o ministro da saúde, José Serra, ameaçou quebrar a patente dos antirretrovirais, Nelfinavir da Roche e do Efavirenz da Merck, posteriormente, tomou a decisão política pelo licenciamento compulsório do Nelfinavir, ocasião em que a Roche fez um acordo para evitar a quebra da patente.

Os convênios [no âmbito dos acordos de empréstimo] ficaram obsoletos e alvo de críticas dos gestores em várias áreas da saúde. Em menos de uma década, o mecanismo convencional das DST/Aids devido à burocracia das regras do Banco, nem sempre compatíveis com a legislação da administração pública, levou à sua substituição. A possibilidade de financiamento regular via fundo a fundo aliada à preocupação crescente com a sustentabilidade técnico-financeira

foram os principais elementos que corroboraram essa decisão (Barboza, 2021, p. 51).

Ao final desse período, em dezembro de 2002, o Ministério da Saúde instituiu a Política de Incentivo para DST/Aids, com recursos oriundos do Sistema Único de Saúde na modalidade fundo a fundo, transferindo recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais.

6.1.4 Quarto momento (2003 a 2017): implantação no SUS da “Política de Incentivo para DST/Aids” e a organização de redes identitárias.

Do ponto de vista da institucionalização das políticas públicas em HIV/Aids no SUS, esse quarto momento é inaugurado a partir de 2003 com a implantação da “Política de Incentivo para DST/Aids”, cuja lógica de financiamento das ações programáticas foi enquadrada no sistema de transferência fundo a fundo, condicionado à aprovação de um plano de ação e metas nos respectivos colegiados do SUS. A política de incentivo pactuou uma alíquota de 10% do valor global, destinado ao financiamento por meio de seleção pública de projetos de ONG/Aids, sob gestão das Secretarias Estaduais de Saúde. Em que pese a relevância do recurso, os ativistas denunciaram que vários estados não executaram ou executaram parcialmente os valores vinculados ao financiamento dos projetos (Brasil, 2002; Barboza, 2013, 2021).

Constatou-se nesse quarto momento, no *locus* do movimento social de HIV/Aids, a emergência e o fortalecimento de uma série de pautas e agendas de base identitárias, as quais culminaram com a organização de redes específicas formadas por pessoas vivendo com HIV e Aids. Essas redes estruturaram-se a partir do reconhecimento das necessidades de saúde e de vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas específicas de alguns segmentos afetados pela epidemia, visando a promoção do acesso equânime à atenção integral preconizada pelo SUS (Brasil, 1990a; Ayres et al., 2009).

Nessa perspectiva, na primeira década dos anos 2000, houve a criação, em 2004, das “Cidadãs Posithivas”, da Rede de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV

e Aids no ano de 2006 e, a mais recente das redes, instituída em 2009, a Rede Nacional de Pessoas Trans. Esses desdobramentos do movimento social de HIV/Aids, estão alinhados a um processo de consolidação do ativismo social em rede, de base identitária, ancorado no ciberativismo, cujos elementos estão presentes nos chamados “novos movimento sociais” (Gohn, 2010, 2014). Dessa maneira, por um lado, as ONG/Aids, os fóruns e as redes passaram a atuar em sinergia em pautas políticas consensuadas pelo movimento social de Aids, e de outro, acirraram as disputas internas por espaços de poder e influência política nos governos e no acesso ao financiamento público.

Entre 2003 e 2017, foram realizadas 8 edições periódicas do ENONG abrangendo, pela primeira vez as 5 regiões do país, incluindo o encontro inédito que ocorreu na região Norte sediado em Belém. No Sudeste foram dois encontros, sediados em São Paulo e no Rio de Janeiro com um número expressivo de entidades participantes e de ativistas (Lindner, 2005).

No campo das políticas públicas para população LGBT+, o principal acontecimento referiu-se a criação, em 2004, do “Programa Brasil sem Homofobia”, considerado uma marco na promoção da cidadania e implementação de ações intersetoriais de combate à violência e discriminação de gênero. Ademais, corroborando o cenário nacional das políticas públicas LGBT+, salientam-se: a realização da I Conferência Nacional de GLBT (2008); a inauguração o Centro de Referência da Diversidade na capital paulista, coordenado pelo Grupo Pela *Vidda*/SP ainda em vigência (2008); a edição do I Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBTT (2009); a criação da Coordenação de Promoção dos Direitos LGBT na Secretaria de Direitos Humanos da Presidência (2009); a implantação da Coordenação de Políticas Públicas da Diversidade Sexual do Estado de São Paulo (2009); a instalação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos LGBT (2010); a implantação no SUS da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2011); a ampliação do Processo Transexualizador no SUS (2013); a criação do Comitê Nacional de Políticas Públicas LGBT (2014); a edição da Lei Federal nº 12.984 que criminaliza a discriminação das pessoas com HIV e Aids (2014); a publicação do Decreto Presidencial nº 8.727, que dispõe sobre o uso do nome social por travestis e transexuais na administração pública federal (2016); e a

implantação do Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População LGBT na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2017). Em resumo, os eventos elencados evidenciam avanços na definição e na implantação de políticas públicas no Brasil no campo LGBT+, entretanto, a implementação e consolidação dessas políticas, que revelam em última instância a maior ou menor presença do Estado, ainda devem ser aprimoradas nas três esferas gestoras.

No campo dos direitos humanos, destacam-se a definição dos Princípios de Yogyakarta (2006) que o Brasil é signatário, referente a não discriminação, segundo a orientação sexual e a identidade de gênero; a celebração a partir de 2004 do Dia Internacional Contra a Homofobia, Transfobia e Bifobia (17 de Maio); a definição em 2013 pela UNAIDS do Dia de Zero Discriminação (1º de Março); o rechaço da World Psychiatric Association (WPA) às “terapias de conversão” de identidades de gênero não heteronormativas (2015); e a publicação dos Princípios de Yogyakarta Mais 10 (2017). Sinteticamente, no quarto momento da linha do tempo, pode-se afirmar que o conjunto desses eventos impulsionou a plataforma dos direitos humanos, em especial dos direitos sexuais e reprodutivos que contemplam as especificidades do HIV/Aids, contribuindo para a sensibilização dos governantes e janelas de oportunidades no incremento das políticas públicas no país.

No que tange à politização das ações de participação social, nesse quarto momento da cronologia, faz-se necessário sublinhar a articulação dos ativistas junto aos parlamentares no poder Legislativo. Nesse sentido, cabe registrar a instalação no ano de 2008 de frentes parlamentares estaduais de enfrentamento do HIV/Aids e da Tuberculose em São Paulo e no Rio de Janeiro e, anteriormente, na Câmara dos Deputados, em 2003, a Frente Parlamentar da Cidadania LGBT. Quando bem conduzidas pelos deputados, essas frentes permanecem ativas nas casas legislativas, potencializando debates edificantes entre o governo e a sociedade civil, além de audiências públicas que contribuem para o aprimoramento e o controle social das políticas públicas em curso.

O mapeamento da cronologia, evidenciou que no ano de 2005, houve descontinuidade de alguns medicamentos antirretrovirais na rede do SUS, como a Zidovudina, o Biovir, o Indinavir e o Atazanavir e o fracionamento da dispensação aos

usuários nos serviços de referência em HIV/Aids dos antirretrovirais Tenofovir e do Efavirenz. Nesse sentido, o Ministério da Saúde decidiu politicamente pelo licenciamento voluntário de alguns antirretrovirais visando à manutenção do acesso universal no SUS.

Um dos fatos científicos mais relevantes da história recente da epidemia de Aids diz respeito à revisão das normas técnicas do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos e da Sociedade Internacional de Aids sobre a transmissibilidade do HIV, baseada nas evidências dos estudos “HPTN 052” e “PARTNER”, publicados em 2016, e “Opposites Attract”, em 2017, concluindo que “Indetectável é igual a Intransmissível” ($I = I$). Assim, uma pessoa que está em tratamento com antirretrovirais e apresenta uma carga viral indetectável há pelo menos 6 meses não transmite o HIV para outra pessoa nas relações sexuais sem o uso de preservativos (McCray & Mermin, 2017; Rodger et al., 2019).

6.1.5 Quinto momento (2018 a 2020): avanço do conservadorismo no governo Jair Bolsonaro, redução orçamentária do SUS e emergência sanitária da COVID-19.

No quinto momento da cronologia predominaram deliberações técnicas e políticas relacionadas às ações programáticas do HIV/Aids no âmbito do Ministério da Saúde.

O Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde, publicou em 15 de maio de 2019, a nota informativa nº 5, na qual ratificou o consenso científico do termo Indetectável = Intransmissível ($I = I$) para pessoas vivendo com HIV em tratamento e com carga viral indetectável há pelo menos 6 meses. A nota técnica do Ministério da Saúde (2019) ressalta o papel dos profissionais da saúde no que concerne à orientação da população ao elucidar que:

o reconhecimento do $I = I$ pode gerar impacto positivo nas relações das PVHIV [pessoas vivendo com HIV e Aids], pois se contrapõe a conceitos passados de que todas as PVHIV são potenciais transmissoras do HIV por via sexual, o que está atrelado a estigmas

e preconceito. Uma correta compreensão sobre transmissibilidade/intransmissibilidade tem efeitos positivos sobre o estigma e o autoestigma, direitos sexuais e reprodutivos, testagem, vinculação aos serviços de saúde e adesão ao tratamento. (...) Dessa forma, recomenda-se, a partir da divulgação desta Nota e à luz das evidências científicas atuais, que os profissionais ofereçam todas as orientações necessárias para o entendimento do termo I = I (Ministério da Saúde, 2019, p. 1-2).

A partir da publicação do Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, no governo Jair Bolsonaro, o organograma do Ministério da Saúde foi alterado, bem como o quadro de cargos comissionados e as funções de confiança. Ulteriormente, a Secretaria de Vigilância em Saúde da pasta, renomeou o antigo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais para o novo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DDCCIST). A retirada da sigla HIV/Aids da denominação do departamento gerou indignação entre os ativistas e preocupação entre os gestores e profissionais da saúde que desempenham as ações de prevenção e assistência às IST/HIV/Aids nas secretarias estaduais e municipais de saúde. O receio de ambos os atores se refere ao fato de que tal mudança no órgão poderia reduzir a visibilidade social e política da epidemia no país e, conseqüentemente os recursos alocados no custeio das ações programáticas. Ademais, a redução global do orçamento do SUS no governo Bolsonaro agravou sobremaneira o subfinanciamento enfrentado pelo sistema nas últimas décadas.

No contexto internacional, a Organização Mundial da Saúde suprimiu, em 2018, a transexualidade da lista de Classificação Internacional de Doenças (CID). Sublinha-se que as entidades internacionais e brasileiras de representação de travestis e transexuais há décadas postulavam a retirada da transexualidade da CID. Paradoxalmente, o relatório “State-Sponsored Homophobia” da International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (Ilga) publicado, em 2019, denunciou que em nível mundial, o Brasil é o país com o maior número de pessoas trans assassinadas, além de ocupar a primeira posição vexatória no ranking de homicídios de LGBT+ (International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, 2019).

No campo LGBT+, a cúpula do Poder Judiciário, por meio do Supremo Tribunal Federal (STF), reconheceu em 13 de junho de 2019, a omissão do Poder Legislativo ao enquadrar a homofobia e a transfobia nos crimes de racismo em consonância a Lei nº 7.716/1989 (Supremo Tribunal Federal, 2019). A partir da decisão inédita do STF, o Brasil foi considerado o 43º país no mundo a criminalizar a homofobia, avançando, portanto, na proteção dos direitos humanos, entretanto, ainda persistem vulnerabilidades relacionadas à apuração das denúncias e nos processos de indiciamento dos culpados.

No quinto momento, em 2019, realizou-se o 20º ENONG em São Paulo com a participação de 160 ativistas oriundos de todas as regiões do país. O documento elaborado para subsidiar as discussões preparatórias nos encontros locais e regionais que antecederam essa edição do ENONG, examinou o contexto político e alertou os ativistas sobre o avanço do conservadorismo no governo Jair Bolsonaro. O documento enfatizou os riscos à manutenção da laicidade do Estado e dos direitos constitucionais, ao conclamar a resistência do movimento de Aids nesse cenário adverso.

O atual momento político exige do movimento social comunitário ações de resistência (...). O advento de um cenário conservador gera consequências em todos os segmentos, no caso do ativismo pela saúde pública de qualidade e, especialmente, na luta contra o HIV/Aids, Sífilis, Hepatites Virais e outras IST, os riscos de retrocesso são maiores, principalmente no que tange aos costumes e liberdades individuais, instigando a manifestação de preconceitos, discriminações e violências. A luta pelo estado laico e pela garantia dos direitos humanos, será intensificada e constante nos próximos anos, enfrentaremos a ameaça do avanço do conservadorismo e de fundamentalismo, que ameaçam a democracia e atingem diretamente direitos conquistados constitucionalmente e nos marcos legais internacionais, onde o Brasil é signatário (Fórum das ONG/Aids do Estado de São Paulo, 2019, s/p.).

A edição do decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, afetou contundentemente a organização e o exercício da participação social no governo Bolsonaro. Esse decreto extinguiu e estabeleceu um conjunto de diretrizes e regras para o funcionamento dos colegiados na administração pública federal. O artigo 2º do decreto explicita o que se entende por colegiado ao elencar os conselhos, os comitês, as comissões, os grupos, as juntas, as equipes, as mesas, os fóruns, as salas, e qualquer outra denominação dada ao colegiado (Brasil, 2019).

O último ano do quinto momento desta cronologia inaugurou um novo cenário na história da saúde pública mundial com o advento da COVID-19. A Organização Mundial da Saúde declarou, em 30 de janeiro de 2020, a COVID-19 causada pelo novo coronavírus Sars-CoV-2 como “Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional” (ESPII), classificada em meados de março como uma nova pandemia (World Health Organization, 2020b).

O primeiro caso da doença foi notificado, em 26 de fevereiro, referente a um homem que havia regressado de uma viagem à Itália, epicentro do novo agravo na Europa. Em agosto de 2020, o país contabilizou a impressionante marca de 100 mil óbitos associados aos desfechos da COVID-19, nomeadamente entre a população com menor renda de pretos e pardos e com acesso limitado às medidas de isolamento social na quarentena e atenção à saúde.

O enfrentamento e a mitigação das desigualdades sociais resultam necessariamente das prioridades e decisões políticas e econômicas definidas pelo governo. Assim, como assevera Souza (2020) “não é a pandemia da COVID-19 a responsável pela fome e pela miséria, por levar à morte os indivíduos pauperizados da classe trabalhadora, mas o próprio *modus operandis* do capitalismo, na efetivação diária do seu caráter destrutivo” (p. 2476).

6.1.6 Sexto momento (2021 a 2023): enfrentamento da COVID-19, negacionismo da ciência e os impactos sociopolíticos no campo da Aids.

Os principais fatos relacionados ao último momento dessa linha do tempo dizem respeito ao enfrentamento da COVID-19 no âmbito do SUS e os impactos sociopolíticos do negacionismo da ciência no governo conservador e autoritário do ex-presidente Jair Bolsonaro. Soma-se a isso, a eleição presidencial em dois turnos, em outubro de 2022, que ocorreu em um cenário de acirramento das polarizações ideológicas e de incremento dos atos violentos em todas as regiões do país.

Dentre os eventos desse sexto momento, destaca-se o início da imunização dos brasileiros para COVID-19 no SUS, em 17 de janeiro de 2021, no estado de São Paulo, com o imunizante CoronaVac, autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em caráter emergencial. Essa vacina foi produzida pelo Instituto

Butantan em parceria com o laboratório chinês Sinovac. Posteriormente, em março de 2021, a vacina da Oxford-AstraZeneca produzida pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) foi disponibilizada em larga escala no SUS.

As pessoas vivendo com HIV e Aids foram incluídas no grupo prioritário juntamente com os idosos, as gestantes, os imunossuprimidos e demais pessoas com comorbidades, desvinculadas do critério inicialmente definido pelo Ministério da Saúde, baseado no número de células de defesa. É mister frisar que o critério estabelecido para o acesso à imunização das pessoas com HIV, somente foi suprimido da norma técnica, após protestos dos ativistas e mobilizações de incidência política junto ao Ministério da Saúde.

Ao término do primeiro semestre de 2021, 96 milhões de brasileiros haviam sido imunizados com pelo menos uma dose para a prevenção das formas graves da COVID-19. Nesse período, o Ministério da Saúde aferiu uma redução de 42% nos óbitos pela COVID-19 (Instituto Butantan, 2021a). Desde, fevereiro de 2023, está em curso no SUS a aplicação da quinta dose de reforço administrada, prioritariamente, com o imunizante da Pfizer bivalente.

No ranking mundial da letalidade pela COVID-19, o Brasil ocupou até abril de 2023, a segunda posição com mais de 700 mil óbitos, atrás dos Estados Unidos que registrou mais de 1 milhão de mortes (World Health Organization, 2023b). Os dados epidemiológicos do Ministério da Saúde revelaram que a região Sudeste apresentou a maior taxa de mortalidade do país associada à COVID-19. Os estados de São Paulo e Rio de Janeiro respondem por 76,08% das mortes na região e os dois estados são responsáveis por mais de um terço da taxa de letalidade no país (Brasil, 2023).

Recentemente, em 5 de maio de 2023, a Organização Mundial da Saúde (OMS) avaliou a redução da taxa da mortalidade global pela COVID-19, revisando o status sanitário da doença que deixou de ser considerada uma “Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional” (ESPII). Entretanto, o agravo segue sendo classificado pela OMS como uma pandemia, mas com as diretrizes revisadas, como ocorre no manejo de outras doenças infecciosas monitoradas pela agência (World Health Organization, 2023c).

Em função das medidas de isolamento social impostas pela pandemia da COVID-19, o Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG) foi retomado no formato

presencial no ano de 2022. Em abril desse ano, realizou-se o 21º ENONG com o mote “Desafiando Lutas e Resistindo aos Desafios”, no município de Caucaia na região metropolitana de Fortaleza.

No sexto momento dessa cronologia, cabe enaltecer a publicação da Lei Federal nº 14.289, de 3 de janeiro de 2022, tornando obrigatória a preservação do sigilo das pessoas que vivem com HIV, hepatites virais (HBV e HCV), hanseníase e tuberculose. Apesar de tardia, a edição dessa lei significa um passo primordial no sentido de mitigar o estigma e a discriminação social dessas doenças.

No contexto internacional, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), publicou a “Estratégia Global para AIDS 2021 - 2026 – Acabar com as Desigualdades. Acabar com a AIDS”. Nesse documento discute-se as interfaces entre o HIV/Aids e a COVID-19, bem como as lições aprendidas sobre as duas pandemias na condução de cenários de crises e emergências sanitárias globais. O UNAIDS definiu um conjunto de ações prioritárias e metas a serem implementadas pelos países objetivando o fim da Aids no ano de 2030 (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2021).

No entanto, na visão do ativismo brasileiro de HIV/Aids, não será factível acabar com a epidemia no país e no mundo devido a permanência das iniquidades em saúde e da vulnerabilidade estrutural crescente pós pandemia de COVID-19. Nesse sentido, as desigualdades sociais determinam e impactam sobremaneira o acesso da população e dos segmentos mais vulneráveis ao diagnóstico precoce e à adesão ao tratamento da Aids. Em que pese os esforços do UNAIDS, milhões de pessoas no mundo ainda desconhecem o seu status sorológico ou não tem acesso contínuo às terapias potentes com antirretrovirais de última linha, entre outras tecnologias biomédicas para a prevenção e o tratamento do HIV e da Aids.

No que diz respeito ao fim da Aids preconizado pelo UNAIDS, o antropólogo Richard Parker (2015) crítica a factibilidade das metas propostas ao reafirmar a relevância do conhecimento produzido nas ONG/Aids e pelas comunidades na trajetória da resposta social de combate ao HIV/Aids. De acordo com o pesquisador:

O caminho para uma resposta eficaz da epidemia de AIDS sempre passou, e continua passando, pelo engajamento da sociedade civil e pela produção do conhecimento comunitário. A falsa esperança que as respostas biomédicas resolverão tudo é algo que precisamos

questionar. A nova era de abordagens biomédicas oferece sim uma possibilidade de ampliar a caixinha de ferramentas que podem ser utilizadas para enfrentar a epidemia, e essa ampliação da caixinha de ferramentas é super importante. Todos nós sabemos que o mantra de “use camisinha” não é (e nunca foi) suficiente, assim, ter mais ferramentas é fundamental. Obviamente, queremos as tecnologias biomédicas, queremos PrEP [Profilaxia Pré-Exposição], queremos uma vacina; enfim, todas essas novas ferramentas são importantíssimas. No entanto, são importantíssimas quando utilizadas de uma maneira que respeite a autonomia e a importância do conhecimento que as comunidades mais afetadas pela epidemia de fato tem. Essa utilização não depende somente de médicos ou de técnicas. Depende da conscientização coletiva e da sabedoria das comunidades mais afetadas pelo HIV. Sem essa conscientização, sem essa mobilização, a promessa do fim da AIDS, a promessa da eficácia dos novos métodos e tecnologias biomédicas, nada mais é do que uma falsa esperança (Parker, 2015, s/p.).

Registra-se, ainda nesse sexto momento da linha do tempo, a atuação da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+ Brasil) após o pleito das eleições presidenciais de 2022, ao publicar uma carta de cunho político endereçada à equipe de transição do governo Luís Inácio Lula da Silva. Na carta, a RNP+ Brasil defende um elenco de pontos estratégicos para o aprimoramento e a sustentabilidade da política brasileira de HIV/Aids. Entre as questões elencadas, a RNP+ Brasil (2022) indica em primeiro lugar, a questão orçamentaria ao defender

a imediata reconstituição do orçamento total da Política de Aids, conforme estava antes do corte de R\$ 407 milhões para fazer Orçamento Secreto. Tal reconstituição possibilitará manter todas as linhas de prioridades da política brasileira com efetiva sustentabilidade, sem prejuízo das áreas da Gestão, Insumos de Prevenção e Diagnóstico, Aquisição de Medicamentos, e Apoio às OSC [Organizações da Sociedade Civil], de forma a garantir em 2023 a continuidade da resposta brasileira no enfrentamento da epidemia de Aids/HV/HTLV (Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS, 2022).

Recentemente, a ministra da Saúde, Nísia Trindade, do governo Luís Inácio Lula da Silva, editou a portaria nº 230, de 7 de março de 2023, instituindo o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde. O artigo 2º descreve os 6 objetivos do programa e enfatiza a formação permanente dos profissionais da saúde na perspectiva interseccional:

I - promover a equidade de gênero e raça no Sistema Único de Saúde buscando modificar as estruturas machista e racista que operam na divisão do trabalho na saúde; II - enfrentar as diversas formas de violências relacionadas ao trabalho na saúde; III - acolher as trabalhadoras da saúde no processo de maternagem; IV - promover o acolhimento das mulheres considerando seu ciclo de vida no âmbito do trabalho na saúde; V - garantir ações de promoção e de reabilitação da saúde mental, considerando as especificidades de gênero e raça; e VI - promover a formação e educação permanente na saúde, considerando as interseccionalidades no trabalho na saúde (Brasil, 2023, p. 107).

No que tange ao restabelecimento dos espaços de participação social no país, o presidente Luís Inácio Lula da Silva, simbolicamente, como um dos primeiros atos do governo, editou o decreto nº 11.371, de 1 de janeiro de 2023, no qual extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal, revogando, assertivamente, o decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, do ex-presidente Jair Bolsonaro.

Em síntese, a descrição e a análise dos seis momentos que compõem a presente linha do tempo no período, de 1978 a abril de 2023, examinada nesse capítulo, evidencia a relevância das interfaces e das redes de relações sociopolíticas construídas entre os atores governamentais e não governamentais no processo de definição e implementação das políticas públicas nos campos do HIV/Aids e LGBTQ+ no país.

O movimento homossexual brasileiro, anterior ao advento do HIV/Aids, desempenhou um papel estratégico, por meio de alguns grupos de pressão política, para a implantação das primeiras respostas governamentais de enfrentamento do HIV/Aids nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro. Em grande angular, a pode-se afirmar que a emergência e a institucionalização das ONG/Aids na primeira década da epidemia ofereceu as bases para o desenvolvimento do movimento social brasileiro de luta contra a Aids, bem como das redes identitárias oriundas desse mesmo movimento. Os Encontros Nacionais de ONG Aids (ENONG), realizados periodicamente, desde 1989, com participação crescente de entidades, consolidou-se como um *locus* estratégico para a deliberação de uma agenda de participação social no SUS e incidência política junto ao poder público.

Apesar das dificuldades constatadas no processo de mobilização dos segmentos LGBTQ+, pode-se inferir que o ativismo social da Aids contribuiu na estruturação e organização política do movimento LGBTQ+, bem como os programas governamentais que induziram o desenvolvimento de políticas intersetoriais no país. Ressalta-se em ambos os campos a pertinência das ações do Poder Judiciário na definição de leis que promoveram a equidade em saúde. Da mesma forma, decretos, portarias e resoluções foram editados pelas diferentes esferas governamentais, assegurando, portanto, um arcabouço ético e legal para a proteção das pessoas vivendo com HIV e Aids e nos segmentos LGBTQ+.

Em que pese os avanços alcançados nessas décadas como evidenciado no mapeamento realizado, permanecem lacunas e desafios a serem enfrentados e aprimorados pelo ativismo social, a exemplo da participação popular e do controle social das políticas públicas em curso no país, o combate ao negacionismo da ciência e o conservadorismo crescente referente às pautas da diversidade de gênero, e os impactos da pandemia de COVID-19 que aprofundou as iniquidades em saúde e as desigualdades socioeconômicas.

6.2 Identidade coletiva e ativismo sociopolítico no campo do HIV/Aids.

No que concerne às motivações pessoais para o ingresso no movimento social de Aids, os entrevistados salientaram, por um lado, o diagnóstico e a descoberta da sorologia para o HIV e a procura por suporte e apoio para orientação nas organizações não governamentais. E de outro, um sentimento de pertença grupal e identificação com uma causa a ser enfrentada mediante o desenvolvimento de ações coletivas. A questão da solidariedade com os pares na comunidade também emergiu nos relatos, em especial junto à comunidade homossexual, barbaramente afetada nos primeiros anos da epidemia na década de 1980, sobretudo nos grandes centros urbanos de São Paulo e do Rio de Janeiro.

O componente sociopolítico é um elemento central no processo analítico da identidade coletiva. Nessa vertente, concordamos com a cientista social Bader Sawaia (2014) ao postular que a

“identidade é conceito político ligado ao processo de inserção social em sociedades complexas, hierarquizadas e excludentes, bem como ao processo de inserção social nas relações internacionais. O clamor pela identidade, quer para negá-la, reforça-la ou construí-la, é parte do confronto de poder na dialética da inclusão/exclusão e sua construção ocorre pela negação dos direitos e pela afirmação de privilégios. Ela exclui e inclui parcelas da população dos direitos de cidadania, sem prejuízo à ordem e harmonia social” (Sawaia, 2014, p. 126).

Nessa ótica, os depoimentos dos entrevistados no exercício do ativismo sociopolítico ressaltam a relevância do *lôcus* das instituições da sociedade civil, bem como a articulação e a interface com o poder público, como relatado por uma ativista que esteve envolvida diretamente no processo de formalização e fundação da primeira ONG/Aids do país na cidade de São Paulo, no caso o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (GAPA).

Chama a atenção nesse caso em particular, a proximidade e o envolvimento do secretário estadual de saúde, João Yunes, um dos expoentes do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que apoiou politicamente e recomendou que aquele coletivo oficializasse a entidade com o fito de atender as reivindicações. Soma-se a esses elementos, o forte impacto do estigma e da discriminação sofrido pelas pessoas com HIV e Aids e também pelos profissionais, amigos e familiares que se engajaram solidariamente nesse ativismo soropositivo (Pelúcio, 2007) para a construção da resposta coletiva e comunitária de enfrentamento à epidemia num contexto denominado de “anos heroicos” (Galvão, 2000).

Eu fui primeiro no Instituto de Saúde [SES/SP] e vi na reunião as dificuldades das pessoas portadores ou que tinham amigos. Não tinha ninguém do Direito e estavam angustiados, chorando, bem histérico. Aí conversando com a O. eu falei “olha estatuto eu sei fazer, a ata, ofício pedindo audiência”. Yunes era o secretário e falou pra gente se formalizar pra atender as reivindicações. A preocupação era o estatuto e como iria trabalhar. Tinha preconceito com o nome GAPA e quando fui registrar de cartório em cartório, um ria de cá, outro se afastava (entrevistado 1).

Eu me descobri soropositivo, em 1988, aí fui orientado a buscar uma ONG aqui na região. Eu precisa de apoio e orientação, mas percebi que eu tinha mais a oferecer do que a receber porque era uma ONG pequena e não tinha muita estrutura. Aí eu comecei a me disponibilizar voluntariamente, a participar das reuniões do Fórum

de ONGs e fui tomando gosto. Aí até hoje tá na veia! (entrevistado 2)

Desde os primórdios a gente estava ali trabalhando o hoje, a necessidade real. A gente tentava fazer mobilizações, reivindicações e ainda não tinha esse contexto político mais arraigado, mas tinha a militância do não abandono, da discriminação, do preconceito. Então a gente estava começando a pensar em políticas públicas de saúde para o HIV (entrevistado 2).

Meus colegas adoecerem e alguns faleceram, até antes de 1983, e eu me envolvi muito com a morte dessas pessoas muito próximas. Eu conheci a ABIA, conheci o Herbert de Souza e o Herbert Daniel. Consegui através da arte teatral, relatar o falecimento e a saída de cena de muitos deles. Tinha uma guerra que era o enfrentamento dos vivos, porque nós éramos jovens, bonitos, gostosos e fodendo com todo mundo (entrevistado 3).

Eu já trabalhava na área de saúde, em 1994, conheci o “Pela *Vidda*”, em um evento na Universidade Estadual do Rio de Janeiro, e aí me interessei. Paralelamente eu acabei conhecendo primeiro a ABIA e acabei meio que entrando nos dois ao mesmo tempo. Ficava na dúvida de entrar na direção da entidade por causa da minha função de servidor e ativista (entrevistado 4).

No que diz respeito ao processo de vinculação e permanência no movimento social de Aids, as narrativas dos entrevistados evidenciaram uma longa trajetória, que perfaz décadas à frente de uma ONGs/Aids, bem como nos demais *lócus* de trânsito desse movimento. Uma preocupação central refere-se à questão da continuidade das ações em curso sob a responsabilidade das entidades e do próprio ativismo sociopolítico no campo do HIV/Aids nesses dois estados pesquisados.

Alguns relataram que tentaram deixar o movimento, no entanto, não conseguiram efetivar essa mudança, seja por questões subjetivas ou porque ainda não surgiu um ativista que possa assumir esse papel na entidade e no âmbito da complexidade do movimento. Em que pese, o envelhecimento dos ativistas, percebe-se que os laços de identificação coletiva com o ativismo no campo do HIV/Aids são duradouros, mas exigem desses protagonistas uma dose extra de disponibilidade para dar continuidade à luta no movimento.

O ativismo para mim, a militância, é um engajamento. É uma forma de protagonismo em torno de uma causa. Eu vejo o ativismo como uma entrega, uma dedicação, uma doação. É você resolver abraçar uma causa e dizer “eu irei lutar, eu me juntarei a esse grupo, a essa ideia” (entrevistado 4).

Estou com mais de 60 anos e já poderia estar fora desse tipo de ação social, mas não consigo, eu não consigo (entrevistado 3).

O que te motiva estar dentro do movimento, é você ainda procurar engrenagens que possam vir a funcionar, que não estejam tão engessadas, tão enferrujadas, tão sem mobilidade, então é isso que eu tenho tentado o tempo todo, não é fácil! (entrevistado 3).

Não, não tenho nada saudosista do movimento e nem do que foi o movimento e nem das movimentações por onde eu passei, pelo contrário, eu tenho um senso histórico (entrevistado 3).

Eu até já tive vontade de sair do ativismo da Aids e não saí por falta alguém que diga que vai ficar, mas se Deus quiser vai sair alguém que dê continuidade e não deixe de trabalhar pela saúde em geral (entrevistado 1).

As dificuldades para estar ainda, dentro de um movimento social, que está completamente fragmentado, e esses fragmentos não é surgiu agora, nesse governo, nem nos governos anteriores. Você passa realmente a ser um ativista, sabe, quando começa a pensar sobre lideranças, sobre os seus governantes e aí começa a ver que isso já tem algumas décadas na tua história de vida (entrevistado 3).

Estou aqui até agora, porque eu ainda não consegui ter a pessoa para assumir e dar seguimento. Mas a hora que essa pessoa se revelar, ela irá assumir, como é o caso da presidente. Temos uma presidente trans, advogada, que vem se especializando, vem se preparando politicamente, são esses ganhos que nós temos que fazer (entrevistado 4).

Assim, depreende-se nos relatos dos ativistas que as suas trajetórias de vida estão alinhadas a um compromisso que persegue uma causa coletiva no campo do enfrentamento ao HIV/Aids. Nesse sentido, como elucida Sawaia (2014), trata-se de “buscar lugares onde a identidade deixa de ser destino e consciência “em si”, para se tornar consciência “para si” e para o outro, sem perder o sentimento de ser único e, assim, poder dispor de si para si” (p. 128).

No universo dos entrevistados, 16 ativistas participam de outros movimentos sociais, além do movimento de Aids e/ou LGBTQ+, perfazendo 55,17% do total. Vale frisar que vários estão engajados em mais de um movimento social. A maior parcela desses ativistas são oriundos do estado do Rio de Janeiro (N = 10) e a menor do estado de São Paulo (N = 6). Foram identificados 17 movimentos sociais distintos, evidenciando a diversidade de conexões e interfaces do ativismo social da Aids e/ou LGBTQ+ com outros movimentos e fóruns de entidades, como mostra a Tabela 10.

Em grande angular, os entrevistados interagiram, principalmente, com quatro movimentos sociais: feminista, trans, das pessoas com deficiência e dos direitos humanos (Tabela 10). Constatou-se no conjunto dos movimentos eleitos pelos ativistas o desenvolvimento de ações junto às populações mais vulneráveis ou em causas sociais que têm interfaces com o HIV/Aids, potencializando, assim, as oportunidades de sinergia das pautas e o processo de incidência política e participação social em ações coletivas e transversais.

Além disso, observou-se que os ativistas dos movimentos de Aids e LGBT+ estabelecem relações com outros atores e movimentos alinhados às pautas políticas mais amplas, as quais são fundamentais para qualificar o processo de participação e exercício do controle social das políticas públicas. Nessa ótica, destacam-se o movimento da saúde coletiva articulado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o movimento pela cidadania e democracia, o Fórum de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, a Frente Democrática pela Advocacia da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Frente Nacional Contra a Privatização do SUS (Tabela 10).

Tabela 10 - Frequência absoluta da participação dos ativistas em outros movimentos sociais, exceto Aids e LGBT+ nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro.

Movimento Social	SP Nº	RJ Nº	Total Nº
Movimento Feminista	-	3	3
Movimento Trans	-	2	2
Movimento da Pessoa com Deficiência	2	-	2
Movimento de Direitos Humanos	-	2	2
Movimento de Tuberculose	1	-	1
Movimento Estudantil	-	1	1
Movimento Negro	-	1	1
Movimento Ambientalista	1	-	1
Movimento da Saúde Coletiva (ABRASCO)	1	-	1
Movimento pela Cidadania e Democracia	-	1	1
Movimento de Educação Popular	-	1	1
Movimento de Mulheres Advogadas	-	1	1
Movimento Nacional dos Missionários da Fé Positiva	-	1	1
Fórum da Saúde do Estado do Rio de Janeiro	-	1	1
Fórum de Assistência Social	1	-	1
Frente Democrática pela Advocacia (OAB)	-	1	1
Frente Nacional Contra à Privatização do SUS	-	1	1
Total	6	16	22

Fonte: Barboza, R. (2023).

Obs.: Informações referentes a 16 ativistas, sendo 6 de São Paulo e 10 do Rio de Janeiro.

Nos depoimentos, alguns entrevistados vocalizaram a importância da manutenção e do fortalecimento das interfaces entre os movimentos de Aids e Tuberculose, dada a alta prevalência nos segmentos pauperizados da população, assim como nas instituições fechadas, à exemplo dos presídios que apresentam uma incidência alta de Tuberculose pela superlotação e pelas dificuldades no processo de organização dos cuidados em saúde.

Tivemos um trabalho com a Tuberculose que continua crescendo entre os pobres. Eles tinham acesso num presídio feminino, coisa que a gente não tinha e trabalhamos uns dois anos foi muito, muito legal! Nunca senti que um tivesse querendo tomar o lugar do outro e a gente se complementava (entrevistado 1).

Tenho pautado muito a questão da aproximação entre o movimento de Aids e o movimento de Tuberculose. O movimento de Tuberculose tem uma fragilidade porque os comitês gestores acontecem com o governo e é diferente do que o movimento de Aids,

que é muito mais ativo, reivindica muito mais, pressiona mais, denuncia mais. Salvo o Rio de Janeiro e São Paulo, os demais estados não apresentam denúncias para que a população saiba o que está acontecendo (entrevistado 2).

Sem ser o de HIV, o único movimento que eu vejo, mesmo capenga é o movimento de Tuberculose. No fórum de ONGs da Tuberculose, está todo mundo e as pessoas vivendo e convivendo com HIV também. Aqui no Rio, os dois fóruns realmente que ainda funcionam são o Fórum ONG/Aids e o Fórum de Tuberculose (entrevistado 3).

Uma outra entrevistada relatou que participou durante alguns anos do movimento feminista, destacando as oportunidades de aprendizado conjunto que evoluíram para uma parceria entre as entidades no desenvolvimento de um projeto de prevenção, voltado à redução das vulnerabilidades das mulheres negras ao HIV/Aids, com um financiamento internacional.

Além disso, cabe frisar que o acesso a esse tipo de linha de financiamento, denota a capacidade técnica das organizações envolvidas na parceria para a implementação do projeto, uma vez que essas fundações tem por política, monitorar e supervisionar todas as fases do projeto de intervenção.

Comecei indo nas reuniões até para sentir como era o trabalho delas. Fiquei uns quatro anos mais ou menos. Conversando lá, eu percebi a dificuldade que muitas mulheres tinham, mas eu não culpava o racismo porque eu achava que era o comportamento delas. Ali eu fui aprendendo o que era uma coisa, o que era outra e o que a gente poderia fazer. Depois teve um projeto sobre mulheres negras e Aids, um dos primeiros financiados aqui na entidade pela Fundação Ford (entrevistado 1).

As informações da Tabela 11 corroboram a participação dos ativistas nos colegiados do SUS, sobretudo nos conselhos de saúde, nas comissões assessoras e câmaras técnicas. Ressalta-se que os colegiados em tela constituem o principal espaço de tomada de decisão sobre os rumos das políticas públicas de saúde. Entre os 29 entrevistados, constatou-se que 12 ativistas (41,37%) estavam em atividade formal nos colegiados e 15 (51,72%) participaram desses espaços em algum momento da trajetória no movimento social de Aids.

A Tabela 11 demonstra que os ativistas exercem a função de conselheiro de saúde, vinculados ao segmento dos usuários, nas três esferas de gestão do SUS. Entre esses ativistas de ambos os estados se aferiu: um no conselho nacional, três no estadual,

três no municipal e três no conselho gestor da unidade de saúde. Nota-se que no momento das entrevistas, os paulistas ocupavam assentos em todas as esferas dos conselhos, ao passo que os fluminenses desempenhavam essas funções nos conselhos estadual e municipal de saúde. Em relação ao período anterior, os ativistas de São Paulo também estavam presentes nas três esferas, além do *lócus* do serviço de saúde e os ativistas do Rio de Janeiro não ocuparam assento no conselho nacional de saúde.

Ademais, foram identificadas 8 comissões assessoras e 2 câmaras técnicas, a maior parte no âmbito do conselho nacional de saúde (N = 6), seguido do conselho estadual (N = 2) e municipal (N = 2). Novamente, a presença dos membros paulistas em exercício nesses espaços técnico-políticos foi mais expressiva em comparação aos cariocas, respectivamente, 7 e 2. No entanto, no período anterior, a participação dos ativistas de São Paulo foi maior do que no período em vigência. No caso dos ativistas fluminenses essa participação se revelou ainda mais exígua e restrita à câmara técnica LGBT do conselho estadual de saúde (Tabela 11).

Salienta-se que os ativistas paulistas são membros efetivos de comissões de DST/Aids e/ou Hepatites Virais nas esferas municipal (N = 3) e estadual (N = 2) e tem um representante na Comissão Intersectorial de Políticas de Promoção da Equidade do conselho nacional de saúde. Em relação aos cariocas, a participação no momento da entrevista estava restrita à Comissão Intersectorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica do conselho nacional de saúde, com dois membros efetivos (Tabela 11). Cabe sublinhar que essa comissão tem um papel estratégico no processo de discussão e deliberação acerca da incorporação de novas tecnologias, insumos e medicamentos antirretrovirais no SUS, os quais são essenciais para a atualização dos protocolos clínicos em curso.

Tabela 11 - Frequência absoluta da participação dos ativistas em colegiados do Sistema Único de Saúde, segundo a função, período atual e anterior e estado.

Conselhos e Comissões do SUS	Período Atual		Período Anterior		Total N°
	SP	RJ	SP	RJ	
	N°	N°	N°	N°	
Conselheiro(a) de Saúde					
Conselho Nacional de Saúde (CNS)	1	-	2	-	3
Conselho Estadual de Saúde (CES)	2	1	2	1	6
Conselho Municipal de Saúde (CMS)	1	2	4	2	9
Conselho Gestor de Unidade de Saúde	3	-	3	1	7
Membro de Comissão do Conselho de Saúde					
Comissão de DST/AIDS (CNS)	-	-	2	-	2
Comissão de Finanças (CNS)	-	-	1	-	1
Comissão Intersetorial de Políticas de Promoção da Equidade (CNS)	1	-	-	-	1
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CNS)	-	-	2	-	2
Comissão Intersetorial de Ciência, Tecnologia e Assistência Farmacêutica (CNS)	-	2	-	-	2
Câmara de Saúde Suplementar (ANS)	-	-	1	-	1
Comissão de Aids e Hepatites Virais (CES)	2	-	2	-	4
Câmara Técnica LGBT (CES)	-	-	-	1	1
Comissão de DST/Aids (CMS)	3	-	1	-	4
Comissão de Comunicação (CMS)	1	-	-	-	1
Total	14	5	20	5	44

Fonte: Barboza, R. (2023).

Obs.: Informações referentes à 12 ativistas do período atual e 15 ativistas do período anterior. Não participaram em Conselho ou Comissão do SUS no período atual 8 ativistas de SP e 9 do RJ e no período anterior 3 e 11, respectivamente.

Os entrevistados perceberam vulnerabilidades no processo de participação e exercício do controle social nos colegiados formais do Sistema Único de Saúde, instituídos pela Lei 8.142 em 1990 (Brasil, 1990). Pode-se observar nos relatos que a presença dos ativistas do movimento social de HIV/Aids nos conselhos de saúde nas três esferas gestoras ainda se revela incipiente, apesar do longo percurso dessas entidades.

Cabe ponderar que os depoimentos indicam gradientes no processo de participação nos conselhos. Assim, a atuação dos representantes do movimento de

Aids no Conselho Nacional de Saúde e nas comissões técnicas foi reconhecida pelos pares como sendo exemplar no que se refere à discussão de pautas e o retorno das deliberações. Nessa perspectiva, o assento ocupado nesse conselho por representantes de redes identitárias também foi enaltecido.

Entretanto, no âmbito do Conselho Municipal de Saúde e do Conselho Estadual de Saúde, em São Paulo, os ativistas explicitaram problemas na fluidez dos debates e no retorno dos representantes. Em relação às pessoas vivendo com HIV e Aids, os relatos mostram que elas desconhecem a existência e o papel dos conselhos gestores das unidades de saúde. Nesse sentido, as narrativas dos ativistas corroboram outros estudos que investigaram a participação no *locus* dos conselhos no que tange às fragilidades do processo de articulação e sobretudo no diálogo profícuo, entre os representantes e os representados (Stralen et al., 2006; Paiva et al. 2014; Souza, 2017).

Ademais, um entrevistado apontou a pouca familiaridade das entidades no campo do HIV/Aids no exercício do controle social no SUS, em função tipo de financiamento das ONG/Aids por meio de editais de seleção pública de projetos, sob a coordenação do departamento nacional de HIV/Aids no Ministério da Saúde durante vários anos.

A Aids, ela nunca foi desde o início, afinada com os controles sociais do SUS. Alguns militantes sim, algumas organizações sim, mas o movimento como um todo não, porque os projetos eram editais e a interlocução era direta com o Ministério da Saúde (entrevistado 4).

Antes eu via isso com muito mais rigor e as pessoas iam mesmo e já traziam tudo anotado pra gente discutir. A gente levava e discutia no Fórum de ONGs também. Hoje eu sinto que a pessoa vai por ir na reunião do conselho e relata como se aquilo fosse absolutamente natural. Não sei... é o meu olhar, eu tô sentindo que falta um pouco mais de energia (entrevistado 1).

No conselho municipal de saúde, a gente tem as nossas representações, mas um problema que acontece é a demanda e as devolutivas das pautas que não são discutidas né... Simplesmente, “ah eu acho que... eu vi que...eu vou pautar...”, mas acaba não tendo a devolutiva e da mesma forma no conselho estadual (entrevistado 2).

A participação do movimento de Aids no conselho nacional é um outro tipo de empoderamento. Lá o nosso controle social está bem representado e está sendo muito bem pautado e tem devolutivas constantes do Moyses Toniolo que chegou faz uns anos e se destacou (entrevistado 2).

Quando começa a criar segmentações dentro do movimento de Aids, claro que cada um tem a sua especificidade né, mas eu penso que na época a dinâmica deveria ser outra. Criou segmentação, a rede de jovens, de cidadãs *posithivas*, tantas redes que nós temos aí e aí não tem uma linguagem uniformizada mesmo que seja importante discutir a especificidade, mas não tem uma linguagem e isso apresenta uma fragilidade para o movimento e na articulação com os governos, porque aí o governo começa a pegar pessoas que se dizem representantes do movimento de luta contra a Aids, mas que não é legitimado dentro do nosso ENONG, que para mim é a nossa instância política maior, porque as nossas representações saem dali e aí começa essa fragilidade (entrevistado 2).

No município de São Paulo, a participação ainda é pequena e são sempre as mesmas pessoas. A gente consegue fazer uma incidência, consegue fazer algumas mudanças de âmbito municipal, mas é uma luta constante, começando pelos conselhos gestores de saúde. As pessoas vivendo com HIV desconhecem esses espaços e quando participam da reunião é porque é catado ali na sala de espera (entrevistado 2).

Nós temos hoje três ou quatro redes com assento no Conselho Nacional de Saúde. Nós temos a RNP+, nós temos a ANAIDS, nós temos as Cidadãs *Posithivas*, e acho que temos alguma rede das trans. Só aí já são quatro assentos dentro do Conselho Nacional de Saúde (entrevistado 4).

Uma parcela dos depoimentos dos ativistas demonstrou que houve um intenso processo de profissionalização das ONG/Aids e do próprio movimento social, induzido pelo acesso ao financiamento de projetos de intervenção comunitária no período de implementação dos acordos de empréstimo firmados pelo governo brasileiro com o Banco Mundial para o controle do HIV/Aids (Galvão, 1997; Barboza, 2021). Dentre os impactos da profissionalização, denominada por Galvão (1997), como “a ditadura dos projetos”, sublinha-se o enfraquecimento do ativismo de base comunitária, a sustentabilidade das ações e o controle social das políticas públicas (Gohn, 2010).

Ademais, para responder a demanda governamental, inicialmente do Ministério da Saúde e, posteriormente, das coordenações estaduais e municipais de IST/Aids, as entidades alteraram sobremaneira o processo de trabalho, incorporando, quando possível a depender do porte da organização, quadros técnicos e especializados na lógica dos projetos e das prestações de contas exigidas.

Além disso, percebe-se nos relatos que a fiscalização dos recursos pelos entes públicos no âmbito da execução dos projetos apresenta fragilidades, inclusive com o desvio de recursos financeiros e insumos adquiridos pelas entidades. Por fim, os ativistas manifestam preocupação com o valor do financiamento, o qual, em última instância, não reverte em benefícios para a manutenção e o aprimoramento do processo de trabalho das entidades.

O problema é que o movimento virou refém dos editais dos programas de Aids e se acabarem a resposta de controle da Aids municipal e estadual vai ser muito pequena. As ONGs não conseguem ter uma pessoa qualificada para ter outras fontes e a burocracia dos documentos é muito grande. Nos últimos editais, o interesse das ONGs foi diminuindo por conta do recurso ser pequeno e não ter um plus para a instituição. Mas tem a pessoa ali na ponta que precisa da assistência, então vamos apresentar o projeto. Fica assim uma escolha de Sofia! (entrevistado 2).

Agora a gente vê o ativismo assim muito profissionalizado, muito acadêmico em alguma parte e eu me considero do ativismo de ponta, do ativismo de base, do ativismo do dia a dia, de estar vendo detalhes, de estar construindo, de estar pensando estratégias, essa é a minha concepção (entrevistado 4).

A profissionalização, ela se deu por conta da importância que a causa teve em um determinado momento, e aí precisou realmente de técnicos e de pessoas especializadas. Essa profissionalização, ela já é muito forte na América Latina. Eles negociam, barganham com o governo por conta dos recursos, do trabalho, da doação. E na verdade, o ativismo ele é um tipo de voluntariado, ele é uma coisa de doar mesmo (entrevistado 4).

Mas a profissionalização, ela acaba se dando pela necessidade de fazer um trabalho mais estratégico, um planejamento com pessoas que entendam mais de determinados assuntos. Nós já tivemos equipes super especializadas, super profissionais. Atualmente nós não temos porque não temos recursos para ter esses quadros, mas é fundamental. Agora, eu acho que também às vezes afasta um pouco do ativismo de base (entrevistado 4).

Você não vê uma capacitação continuada de fortalecimento técnico, político e financeiro. São coisas muito pontuais e acham que com uma discussão de meio período tá resolvido! Então essa capacitação e profissionalização ela não existe e são poucas as pessoas que têm essa propriedade e elas estão ficando cansadas. Estão gerenciando projetos e isso indiretamente reflete no ativismo, porque aí tenho prestação de contas pra fazer, relatório técnico, reorganização da equipe e uma série de coisas... aí eu não tenho tempo pra estudar, pesquisar, e aprofundar é o que tem acontecido! (entrevistado 2)

Tem ONGs que se profissionalizaram e recebem financiamento e trabalham, mas tem outras que só recebem e você não vê um

trabalho. Teve uma entidade que pegou o dinheiro, o carro e não foi feito nada e a pessoa ainda está trabalhando. Tinha que ser mais fiscalizado (entrevistado 1)

Sinceramente, a gente elabora um projeto pensando na base, nas ações comunitárias e na massa que chega aqui e bate na porta da instituição. Vale a pena porque as pessoas continuam chegando e querendo atenção. Mas, financeiramente e politicamente não, porque não tem nenhum retorno financeiro para a instituição (entrevistado 2).

O problema é que o movimento virou refém dos editais dos programas de Aids e se acabarem a resposta de controle da Aids municipal e estadual vai ser muito pequena. As ONGs não conseguem ter uma pessoa qualificada para ter outras fontes e a burocracia dos documentos é muito grande. Nos últimos editais, o interesse das ONGs foi diminuindo por conta do recurso ser pequeno e não ter um plus para a instituição. Mas tem a pessoa ali na ponta que precisa da assistência, então vamos apresentar o projeto. Fica assim uma escolha de Sofia! (entrevistado 2).

O status do programa nacional ser referência internacional, isso mexeu com as vaidades das nossas lideranças, dos nossos ativistas. E pensar que a gente tinha toda a garantia né de uma sustentabilidade, mas que hoje está ameaçada (entrevistado 2).

O acesso ao financiamento de projetos, desde o período dos acordos de empréstimo com o Banco Mundial e, posteriormente, com a implantação no final de 2002 da política de transferência de recursos no SUS, na modalidade fundo a fundo destinado às secretarias estaduais e municipais de saúde em curso, se atribuiu equivocadamente o rótulo de “prima rica” às ONG/Aids.

Nessa ótica, os relatos desses dois ativistas, contextualizam essa situação:

Eu ingressei quando a epidemia estava muito forte e havia um destaque, inclusive a Aids era considerada a ‘prima rica’ naquele momento. Eu acho que mudou, eu acho que houve uma transição no campo das ideias e dos adversários no final dos anos 1990 para os anos 2000. E foi justamente quando começou a haver o esvaziamento do movimento de Aids. Boa parte dos grandes ativistas faleceram nas décadas de 80 e 90, então isso foi muito ruim para o movimento (entrevistado 4).

Os movimentos populares de saúde acham que a Aids é a ‘prima rica’! Hoje não é e nem o movimento fala mais isso, porque sabe que não é. Mas a gente se fez assim, se achando independente, que era autônomo e não precisava de ninguém e hoje mais do que nunca, a gente tá precisando (entrevistado 2).

Destarte, sobre a vinculação da Aids à essa ideia de “prima rica”, Lindner (2006) afirma que:

Não é raro se ouvir constantemente no meio do movimento social que a AIDS é a “prima rica”, pela mobilização que gera e pelo grande volume de recursos que mobiliza. A desmistificação dessa idéia é urgente sob pena de tentar se criar uma “ordem de importância” entre as patologias, categorizando-as entre melhores e mais urgentes e piores e de menor importância (Lindner, 2006, p. 387).

Observa-se na Tabela 12, que os entrevistados de ambos os estados participaram de conferências de saúde e/ou LGBT+ na sua trajetória de ativismo social. No que concerne às 16 participações em conferências de saúde, constatou-se que a participação dos ativistas paulistas representou mais que o dobro dos ativistas fluminenses, ou seja, 11 e 5 participações, respectivamente. Nas 4 participações em conferências LGBT+, apesar de diminuta comparada às conferências de saúde, a frequência dos paulistas (N = 3) também maior que a dos fluminenses (N = 1).

No exercício do controle social nesse *locus* deliberativo, outro aspecto relevante diz respeito à esfera ou a abrangência da conferência. Nesse sentido, se aferiu que os ativistas de ambos os estados participaram de conferências de saúde em todas as esferas, sendo a esfera municipal a mais prevalente (N = 13), seguida da nacional (N = 12) e da estadual (N = 8). Por outro lado, nas conferências LGBT+, se averiguou que não houve a participação nas três esferas, entretanto, os ativistas paulistas registraram 3 participações cada nas conferências municipais e estaduais, contra uma participação dos fluminenses em uma conferência nacional (Tabela 12).

Em que pese a participação social do ativismo dos campos do HIV/Aids e LGBT+ nos espaços decisórios das políticas públicas, os dados constantes da Tabela 12, evidenciaram que 13 dos 29 pesquisados, ou seja, 44,82% nunca participaram de uma conferência de saúde no seu percurso institucional. Ademais, causa espécie, a não participação expressiva dos ativistas nas conferências LGBT+, sendo que 86,20% não estiverem presentes em nenhuma conferência (N = 25).

Tabela 12 - Frequência absoluta da participação dos ativistas em conferências de Saúde e LGBTQ+, segundo o estado e a esfera.

Participação em conferências	Saúde		LGBT+		Total
	SP	RJ	SP	RJ	
	Nº	Nº	Nº	Nº	
Participação					
Sim	11	5	3	1	20
Não	4	9	12	13	38
Esfera da conferência					
Nacional	8	4	0	1	13
Estadual	8	3	3	0	14
Municipal	9	3	3	0	15

Fonte: Barboza, R. (2023).

Assim como no âmbito do controle social no SUS abordado anteriormente, as narrativas vocalizadas pelos ativistas, revelaram vulnerabilidades do movimento social de HIV/Aids no processo de participação social e política nas conferências de saúde e LGBTQ+. Os relatos explicitaram a presença diminuta de ativistas na qualidade de delegados, por exemplo, na Conferência Nacional de Saúde. Soma-se a isso, se verificou a falta de preparo técnico e político desses atores para redigir uma proposta plausível e que tenha condições de apreciação pelo plenário da conferência.

Nós viemos da Conferência Nacional de Saúde, e poucos ativistas do movimento de Aids como delegados, como observadores. A gente vê nos Conselhos aqui no Rio, poucas organizações e lideranças ocupando e lutando dentro do conselho (entrevistado 4).

A gente faz a política pública, porque a gente gosta e entende de política. Aí a gente vai para as conferências e vamos levantar propostas, então algumas pessoas não sabem nem elaborar uma proposta, não consegue contextualizar, não consegue argumentar e trazer propriedade para aquela proposta. Então, precisa ter minimamente em cada ONG, uma ou duas pessoas que faça política e que goste de discutir (entrevistado 2).

Participei das Conferências LGBTQ e foi muito interessante, acho que em 2015. Participei da municipal, da estadual e aí quando percebi que a coisa não vira, eu nem quis sair como delegado pra nacional, porque a pauta deles não é saúde. Você apresenta propostas pra promoção da saúde LGBTQ e não eram aprovadas, então eu não vou me desgastar (entrevistado 2).

Não obstante às fragilidades da participação e do controle social, no Brasil, desde o período da redemocratização, após 1985, a participação sociopolítica dos movimentos populares, especialmente no campo da saúde, tem sido aperfeiçoada. Vale sublinhar que no que tange às Organizações Não Governamentais atuantes em movimentos sociais institucionalizados, como é o caso das ONG/Aids, uma parcela considerável dessas instituições operam como grupos de pressão e de *advocacy* junto ao poder público. Essas organizações, a depender da trajetória e da missão institucional, no desempenho de suas ações articulam-se junto à parlamentares de diferentes esferas e casas legislativas, exercendo, às vezes, alguma influência sobre determinados pleitos e agendas públicas.

Entretanto, no que diz respeito à articulação com as frentes parlamentares nos níveis municipal e estadual, um ativista enfatizou que é premente resguardar e aprimorar a discussão política no *lócus* das ONG/Aids. Além disso, chamou a atenção para a importância da participação nas comissões de saúde que tem mais poder do que as frentes parlamentares nas assembleias legislativas.

As Frentes Parlamentares precisam não só serem pautadas, mas serem subsidiadas pelo movimento social com participação, porque hoje tem um enfraquecimento dentro das frentes. Tem as reuniões, aí você chega lá e tem meia dúzia de gatos pingados do movimento, isso é uma fragilidade do movimento porque as ONGs não querem discutir política, as ONGs não têm pessoas que gostam de discutir política (entrevistado 2).

Quando muda a gestão, a frente parlamentar estadual permanece, mas ela precisa ser reconduzida, então precisa fazer todo aquele *advocacy* nos gabinetes novamente. Aí começa todo um trabalho de formiguinha novamente tanto no âmbito estadual, e nos municípios. Mas eu acho que o mais importante são as comissões de saúde nas assembleias legislativas, porque elas lideram muito mais do que as frentes parlamentares. A gente tem a nossa Comissão Municipal de IST/Aids e Tuberculose em São Paulo (entrevistado 2).

No que concerne à participação nos Encontros Nacionais de ONG Aids (ENONG), o qual completou a 21ª edição em 2022, dois entrevistados teceram narrativas contundentes sobre o desempenho, o compromisso e o papel dos ativistas nesse espaço de articulação e deliberação política do movimento de Aids. Nesse sentido, verbalizaram:

A gente começa a criar o encontro estadual de ONGs, o encontro regional, o encontro nacional, o ENONG, então começa a agregar uma união de esforços com conteúdo e cada vez mais a gente vai se aprofundando nas questões de propriedade intelectual, de quebra de patentes e fortalecendo o movimento nacional de Aids (entrevistado 2).

Precisa estar inserido dentro de outros movimentos, porque essa fragilidade dentro do movimento era nós falando para nós mesmos, salvo quando era os ERONGs e os ENONGs, que a gente trazia pessoas de fora e tal, mas ainda, assim, uns 70% eram do próprio movimento. Então esse pensar precisa ser mudado e tem mudado muito pouco, porque precisa trazer olhares de fora para que de fato a gente consiga refletir e pensar futuras estratégias e ações (entrevistado 2).

Nos últimos ENONGs, quem propõe é quem acompanha as propostas, mas fica solto! Se você não cria uma comissão que vai monitorar, avaliar e cobrar né, a coisa não anda! Você lê e joga na gaveta. Aí você faz uma nota para o Presidente da República ou outras Pastas do governo e quem garante que essa pessoa chegou a estudar a proposta? Ninguém garante, porque ninguém monitora (entrevistado 2).

Aí às vésperas de acontecer o ENONG fica aquela loucura... “ah vamos saber que propostas que foram e que não foram atendidas, mas sem um acompanhamento e aí o bonde já andou! Nem as moções, no máximo três ou quatro, são monitoradas (entrevistado 2).

No ENONG de São Paulo, até foram chamados os líderes do movimento, mas temos pessoas que vem fazer turismo e quando tem encontro no Rio é a mesma coisa, fazem *Aidstour*. Isso me assusta! (entrevistado 3)

No ENONG eu fiquei procurando a delegação do Rio de Janeiro, que eu conheço muito bem. Fiquei muito em cima deles, ‘onde vocês estão? Porque estamos precisando votar, precisando de quórum aqui’. Aí aparecia rapidamente ou não aparecia, estava lá na 25 de Março! (entrevistado 3)

Nos depoimentos emergiram questionamentos e tensões acerca das redes identitárias que compõem o movimento social de Aids, evidenciando, assim, a existência de conflitos de interesses e de concepções díspares sobre o ativismo social no campo do HIV/Aids, especialmente em relação à participação dos jovens. Nessa perspectiva, os entrevistados enfatizaram que:

A dinâmica deveria ser outra. Criou segmentação, um racha dentro do movimento de Aids, a rede de jovens, de cidadãs *positivas*, tantas redes que nós temos aí e não tem uma linguagem

uniformizada. A especificidade é importante discutir, mas não tem uma linguagem e isso apresenta uma fragilidade para o movimento e na articulação com os governos, porque aí o governo começa a pegar pessoas que se dizem representantes do movimento, mas que não é legitimado dentro do nosso ENONG, que para mim é a nossa instância política maior, porque dali saem as representações (entrevistado 2).

Indiretamente acaba criando uma concorrência de disputas e aí tem os conflitos de interesse também e isso não tem como negar. Eu sou amiguinho do departamento de Aids, então eu não vou fazer a política do movimento, eu vou fazer a política do departamento. Falta clareza do papel de sociedade civil e temos pessoas que se vendem por um bilhete aéreo pra um evento, aí acaba não comungando com o movimento (entrevistado 2).

A pegada do jovem é outra e eles são muito mais imediatos com a questão da tecnologia, da informática, das redes sociais, mas é importante saberem a história e a trajetória do movimento que muitos desconhecem. Já chegaram com “n” conquistas hoje, as vezes não sabem nem quem foi o Betinho (entrevistado 2).

Entre a rede jovem e os dinos e as dinas [ativistas mais velhos – dinossauros/as] é uma guerra constante. Nós estamos precisando de novas lideranças e espero que eles se preparem (entrevistado 3).

Não é que eu estou vivendo de passado não, mas falta a molecada se inteirar, porque já se viu com casa de apoio, com dinheiro, com muita coisa, então não sabe como foi difícil e como é difícil manter. Encontrei com uma jovem que me parece que está fazendo, está se esforçando, mas com a visão dela que é diferente da nossa, da minha principalmente (entrevistado 2).

Na mesma toada, constatou-se tensões de ordem política na interface com o movimento LGBT+. De acordo com um ativista do movimento de Aids, o movimento LGBT+ não considera relevante a discussão das pautas da saúde porque há um temor de associar os segmentos da população LGBT+ ao HIV/Aids. Nessa ótica, afirma que:

Tem um pouco de embate com o movimento LGBT que não quer discutir as questões do movimento de Aids e isso já vem há muitos anos. Brinca que discute, mas não discute. A participação deles é muito pequena. A gente ouve quando chega as travestis... “ah nós não nos sentimos representadas nessa mesa”, mas pra isso você tem que estar no começo, meio e fim. Elas chegam com o bolo pronto! (entrevistado 2)

O movimento LGBT quer discutir a própria política, os direitos humanos, a LGBTfobia. O estigma em relação à Aids é um problema muito grande porque eles não querem ser identificados. Quando a gente busca o movimento LGBT pra pautar a Aids, eles não querem

fazer uma pauta comum. É muito incisivo: “não estamos aqui para discutir Aids” (entrevistado 2)

No que tange às disputas internas e de poder no âmbito do movimento social de HIV/Aids, constatou-se um elenco de elementos que remetem às tensões políticas vivenciadas pelos ativistas na interação com os seus pares. Nesse sentido, alguns relatos sublinharam que o principal adversário do movimento social de Aids é o próprio movimento. Além disso, ressaltaram que as vaidades impactam não só as relações internas, mas também a interface e a articulação política com outros movimentos sociais.

No que se refere às relações das entidades com os respectivos fóruns estaduais de ONG Aids de São Paulo e do Rio de Janeiro, os quais são espaços ímpares para a articulação e a definição de consensos que alimentam a agenda do movimento, as narrativas demonstraram que o processo dialógico deve ser aprimorado em ambos os fóruns.

Com os outros movimentos e com pastas do governo eu não vejo inimigos. Sabe, os nossos inimigos estão dentro do movimento de Aids, tá dentro do movimento de Aids, externamente não! (entrevistado 2).

Fico chateada porque eu não vejo uma continuidade, não sinto o mesmo avanço, o mesmo objetivo que a gente tinha. A Aids era um ideal de uma saúde que estava em jogo né? Hoje é assim... “ah, precisa de dinheiro pra isso, pra aquilo” (entrevistado 1).

No movimento social, há uma disputa e uma luta muito forte por espaço e por poder. O principal adversário nosso, do movimento e do ativismo é a ausência de direitos humanos, é ausência de uma ação conjunta compartilhada, de nós não conseguirmos um espaço de diálogo que possamos efetivamente dialogar e não simplesmente estar ali fazendo número. (entrevistado 4).

O fórum não dialoga com o MOPAIDS, o Movimento Paulista de Luta contra a Aids, que tem um diferencial, porque não é só de ONGs. É de pessoas, de redes, de conselheiros e gestores. É um movimento pra quem quer discutir a política. Então tem correto, disputa de espaço e de quem dá o *start* primeiro. Isso é uma doença do movimento aqui no estado de São Paulo e alguns outros também (entrevistado 2).

As disputas começam a partir do momento em que começam a ampliar as cadeiras e assentos de representações da sociedade civil dentro dos espaços do governo (entrevistado 2).

As gerações mais novas tem interesse nas representações, mas o mais importante para eles é fazer o ativismo da maneira deles pelas redes sociais. É importante, é legal, é salutar, mas às vezes você precisa estar num espaço de discussão. Como é que eu vou ter propriedade pra fazer um documento, uma nota, se não tô respaldado por um contexto político maior? Daí faço o que me dá na cabeça e falo em nome de uma rede (entrevistado 2).

O movimento de Aids acha que é os outros movimentos que tem que vir para o movimento. E não é isso, a gente é que tem que estar nos outros movimentos, se a gente quer eles dentro do nosso. Mas não, esse é o problema do movimento né... “somos o movimento de Aids e todo mundo tem que vir pra nós” Se continuar pensando assim, vai acabar! (entrevistado 2).

Tem os factoides que o movimento cria né, um fantasma enorme, mas se a gente quer avançar tem que se quebrar os ovos! O movimento de Aids ainda é resistente a essas novas tecnologias de autoteste, de PreP... Isso precisa ser melhor trabalhado dentro do movimento (entrevistado 2).

Uma parte do movimento fala que a gente não é prestador de serviços, mas nós somos sim! A partir do momento que eu tenho um projeto comunitário financiado, eu sou prestador de serviços do governo. As ONGs existem pra chegar na população que o governo não consegue chegar! (entrevistado 2).

O movimento é contra receber apoio dos laboratórios. Claro que a gente não é a favor de uso abusivo, mas é uma reflexão que o movimento precisa pensar, porque a gente não tem outra fonte de receita. Os laboratórios estão jogando dinheiro com cheque assinado e aí você está fechando a porta. Vamos fazer essa discussão, hoje o contexto é outro (entrevistado 2).

A questão da lei de propriedade intelectual, vamos aprofundar essa discussão e não é numa reunião de duas horas e com um pessoa que tem um pensamento e acha que todo mundo tem se agregar. Vamos ouvir um terceiro, uma pessoa de fora e refletir se realmente esse é o caminho ou não? (entrevistado 2).

Os fóruns é para estar lá! É fazer-se membro mesmo, fazer parte de um coletivo, mesmo que seja um coletivo completamente desestruturado! (entrevistado 3)

As pessoas fizeram do movimento de Aids a vida delas e isso é preocupante. É aqui que eu ganho o meu dinheiro, viajo, vou para outros estados para as reuniões e depois tenho os meus jantares e aí vou para as minhas saunas, uso o meu *grinder*, sabe! É profissão movimento! (entrevistado 3)

O “eu ONG” e o “eu movimento” são essas pessoas que não estão interessados em resolver os problemas. Entram mudas e saem surdas com os celulares, não aparecem nos grupos de trabalho e não discutem as situações (entrevistado 3).

Montamos um colegiado para resgatar o fórum ONG do Rio de Janeiro, porque quase não tinha ninguém para ir para São Paulo no ENONG, porque o fórum tinha sido completamente destruído por um outro grupo que fez uma gestão, muito, muito autoritária, muito audaciosa, muito prepotente, muito primeiro eles e deixou as mulheres, as líderes comunitárias lá na ponta do *iceberg* de fora. Então houve uma ruptura, uma guerra muito grande! Estamos conseguindo, é muito difícil, é uma peleja, muito, muito, cansativa (entrevistado 3).

O Fórum do Rio, está tentando se reorganizar novamente né, ele teve aí um período muito turbulento com muitas brigas internas, de pontos de vistas diferentes e de organizações e focos diferentes. Mas eu vejo que para 2020, quando terá a eleição do novo colegiado, a gente pode ter aí pessoas mais sensatas e com maior poder de liderança. É difícil liderar, é difícil consensuar, não é simples, né! (entrevistado 4)

Eu estive à frente do Fórum do Rio por algumas vezes e sei o quanto é difícil, mas a gente precisa estar juntos, a gente precisa vencer essas dificuldades. A gente tem que achar um meio termo né, passar por cima das vaidades, porque geralmente a vaidade humana é que às vezes leva ao fracasso. Eu vejo que agora, nesse momento há um grande esforço grande, tem instituições de peso importante e com capacidade para ajudar nessa retomada. (entrevistado 4)

Mas eu sinto que a tempestade pior passou e agora a gente está acertando as arestas. Eu confesso que de movimento social e de muita reunião e de muita agenda eu já me cansei, porque são muitos anos de ativismo. Já são vinte e poucos anos e o ativismo consumiu uma parte da minha juventude, ainda consome um pouco da minha vida pessoal (entrevistado 4).

No âmbito da renovação e inserção de novas lideranças no movimento social de Aids, três ativistas de longa data, chamaram a atenção para os conflitos de interesse ao mesmo tempo que ponderaram a falta novos quadros, além do esgarçamento dos vínculos de pertença e solidariedade entre os ativistas. Nesse sentido, os entrevistados frisaram que:

Tem as vaidades e isso não é legal. Aí vem o discurso que não consegue renovar quadros. Será que a gente não consegue mesmo ou não quer abrir mão das nossas cadeiras? Não quer abrir mão, porque eu tô ali direto com o governo e tenho interesses. Eu tenho ali um projetinho e aí chego no ouvido... Tem esses conflitos de interesses que são ruins e meu papel enquanto formador de opinião, enquanto ativista, enquanto sociedade civil, ele acaba sendo maculado né! (entrevistado 2).

Eu acho importante, mas eu acho que ainda precisa ter alguém que puxe né! Precisa de gente que se dedique mesmo, que ganhe aí como

na OSCIP que paga o valor de mercado e tal, mas que tenha interesse! (entrevistado 1)

A gente percebia as fragilidades dessa geração jovem, mas só questionava e até hoje não propõe nada. Só algumas coisas pontuais, então tem muito disso! O que que a gente vai fazer com essa população jovem que quer fazer mudanças, mas com as ferramentas que eles têm, que é a tecnologia da informática, de celular, das redes sociais. Há resistência dos antigos e aí fica os cada um no seu quadrado! (entrevistado 2).

Era outra conjuntura, era um momento de maior integração, de maior participação e hoje tudo mudou, tudo está mais difícil, tudo está mais complexo! A gente enfrenta hoje a invisibilidade e as pessoas que tem HIV não estão mais querendo estar na militância, não estão querendo mais atuar. Elas estão vivendo suas vidas, tocando seus projetos. Enfim cada um buscando por si! E aí, uma ou outra ONG, tentando capilarizar e fazer o movimento girar, o que é muito difícil hoje, é muito difícil! (entrevistado 4).

Nós estamos sem quadros. Essa coisa de agarrar para si não dá mais. A gente tem que começar a preparar a garotada. Então, a renovação tem que se dar, tem que se dar! (entrevistado 4).

Ressalta-se que a ampliação de quadros de voluntários e a formação de novos ativistas e lideranças no *lócus* das ONG/Aids é premente para a sustentabilidade das ações que estão em curso e do próprio futuro do movimento social de Aids nos estados investigados e no país. No que tange ao desenvolvimento das ações coletivas, Parker (1998) postula a relevância do ativismo social ancorado na organização comunitária, na implementação de intervenções estruturais e na incidência política na vertente dos direitos humanos em consonância aos processos de engajamento e conscientização coletiva dos atores sobre as formas de opressão social e política. Destarte, essas intervenções valorizam os processos educativos continuados e implementados pelos pares na comunidade, os quais atuam nos contextos intersubjetivos para mitigar as vulnerabilidades do HIV/Aids com vistas à transformação sociocultural. Em linha com esses pontos elencados por Parker (1998), a continuidade e, em especial, a capilaridade das ações coletivas no campo da prevenção primária do HIV conduzidas pelas entidades, depende necessariamente da superação das tensões vocalizadas pelos entrevistados.

Ademais, o cenário político brasileiro adverso dos últimos anos, especialmente, a partir do governo Michel Temer contribuiu sobremaneira para o solapamento da

resposta governamental no enfrentamento da epidemia de Aids. Ressalta-se que esse fato também afetou a capacidade de resposta social e política das organizações da sociedade civil desse campo. Nessa ótica, Calazans (2019), chama a atenção que internamente seria salutar ao movimento social de Aids

“promover o encontro de diferentes atores de diferentes gerações, sem deixar de reconhecer os aprendizados e os erros do passado. É fundamental também reconhecer que as invenções da prevenção se dão a todo momento, por meio de reinvenções que se colocam a cada nova conjuntura e diante das novas condições colocadas aos sujeitos. Só precisamos estar atentos a elas e abertos ao diálogo para saber como contribuir com os diferentes atores envolvidos” (Calazans, 2019, p. 19)

A Tabela 13 demonstra a participação dos ativistas em comitês técnicos e grupos de trabalho, totalizando 53 registros, sendo 21 participações no período atual e 32 no período anterior. No que diz respeito ao número de ativistas, constatou-se a participação de 14 pessoas no período atual (48,27%), sendo 10 do estado de São Paulo e 4 do Rio de Janeiro e no período anterior, somente 8 ativistas (27,68%), sendo 7 e 1, respectivamente. Nos dois períodos, se aferiu que a maior inserção dos ativistas foi na esfera nacional (N = 30), seguido da estadual (N = 16) e municipal (N = 2).

Os comitês técnicos e grupos de trabalho são coordenados principalmente por instituições governamentais, no caso os programas de DST/Aids das três esferas de gestão do SUS. Diferentemente em nível internacional, a participação ocorre sob a coordenação de fóruns mistos, redes de pessoas vivendo com HIV e Aids e agências da Organização das Nações Unidas e da Organização Mundial de Saúde. Em que pese a participação exígua nos espaços internacionais, em ambos os períodos (N = 5), verificou-se o registro dos ativistas do estado de São Paulo (Tabela 13).

Tabela 13 – Frequência absoluta da participação dos ativistas em Comitê Técnico e/ou Grupo de Trabalho sobre Aids, segundo esfera, período e estado.

Participação Comitê Técnico (CT) e Grupo de Trabalho (GT)	Período Atual		Período Anterior		Total
	SP	RJ	SP	RJ	
	Nº	Nº	Nº	Nº	
Sim	10	4	7	1	22
Não	5	10	3	3	21
Comitê Técnico/Grupo de Trabalho					
Internacional					
Forum Mercosul ONG/Aids	-	-	1	-	1
GT UNAIDS	1	-	-	-	1
Rede Latino Americana e Caribenha de Pessoas com Aids (REDLA)	-	-	1	-	1
Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+)	-	-	1	-	1
Conselho Consultivo do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)	1	-	-	-	1
Nacional					
Articulação Nacional de Luta Contra a Aids (ANAIDS)	3	-	-	-	3
Comitê de Acompanhamento Comunitário de Pesquisas e Vacinas	-	1	-	-	1
Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais (CNAIDS)	-	-	1	2	3
Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais (PNDST/AIDS)	1	-	2	-	3
CT Aids e Local de Trabalho (PNDST/AIDS)	-	-	1	-	1
CT de Vacinas (PNDST/AIDS)	-	-	1	2	3
CT Assessor Terapia Antirretrovirais em Adultos (PNDST/AIDS)	1	-	1	-	2
CT Transmissão Vertical (PNDST/AIDS)	-	-	1	-	1
CT Saúde Sexual e Reprodutiva Mulher com HIV (PNDST/AIDS)	-	-	2	-	2
GT Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual (ABIA)	1	2	1	-	4
GT Projeto Previna (PNDST/AIDS)	-	-	1	-	1
GT Processo Transexualizador (MS)	-	-	1	-	1
GT Desaposentações (PNDST/AIDS)	1	-	-	-	1
GT Programa de Saúde e Prevenção nas Escolas (PNDST/AIDS)	-	-	-	1	1
GT Campanhas de Prevenção (PNDST/AIDS)	-	-	1	-	1
GT Plano Enfrentamento Feminização da Epidemia (PNDS/AIDS)	-	-	1	-	1
Comissão Científica Congresso Brasileiro de Prevenção HIV/AIDS	-	1	-	-	1
Estadual					
Comitê de Ética em Pesquisa	4	1	1	-	6
Comitê de Acompanhamento Comunitário de Pesquisas e Vacinas	-	-	1	-	1
CT Transmissão Vertical (CEDST/AIDS)	-	-	1	-	1
CT Aids e Local de Trabalho (PEDST/AIDS)	-	-	1	-	1
GT Organizações Governamentais e Não Governamentais (CEDST/AIDS)	1	-	2	-	3
GT Juventudes (CEDST/AIDS)	1	-	-	-	1
GT Zero Discriminação (CEDST/AIDS)	-	-	1	-	1

GT Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SES)	-	-	-	1	1
Comissão de Vacinas Fórum ONG/Aids do Estado de São Paulo	-	-	1	-	1
Municipal					
GT Elaboração do Plano de Ações e Metas (CMDST/AIDS)	1	-	-	-	1
Comitê Moradia da Secretaria Municipal Habitação (SMH/SP)	-	-	1	-	1
Total	16	5	26	6	53

Fonte: Barboza, R. (2023).

As evidências revelam, por um lado, a magnitude do número de comitês e grupos de trabalho no campo do HIV/Aids e de outro, a complexidade e diversidade de temas técnicos e políticos inerentes ao enfrentamento da epidemia. Salienta-se que a participação nesses espaços foi incorporada à agenda de trabalho das ONG/Aids e conferem reconhecimento e legitimidade técnico-política à entidade. Por sua vez, nos Encontros Nacionais de ONG Aids (ENONG) os delegados definem os representantes para compor os assentos disponíveis no grupo de trabalho do UNAIDS, na Articulação Nacional de Luta contra a Aids, na Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais (CNAIDS) e na Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais. Esses espaços de poder e influência política, em última instância, são objeto de interesse e portanto de disputa entre os ativistas das várias entidades, dos fóruns estaduais e das redes identitárias que consubstanciam o movimento social de Aids no Brasil.

Por fim, os entrevistados vocalizaram uma profunda preocupação em relação ao governo Jair Bolsonaro, ressaltando os riscos do conservadorismo, em especial nas pautas atinentes aos costumes, ao retrocesso sociopolítico nas instituições, bem como a redução ou ausência de interlocução e diálogo nos colegiados oficiais.

Hoje a gente vive essa crise da sustentabilidade da política de Aids por conta de um novo governo conservador, mas mesmo antes do Bolsonaro já estava existindo isso e agora mais ainda (entrevistado 2).

Esse conservadorismo na questão dos direitos, nós estamos dando muitos passos para trás! Agora eu não sei até onde vai isso e até quando a gente aguenta, porque eu não vi ninguém se manifestar sobre as falas da ministra Damares, menino veste azul e menina veste vestido cor de rosa, essas besteiras! (entrevistado 1)

Esses absurdos que o presidente fala e essa coisa da família porque a presidência virou a casa dos Bolsonaro, né! Então o que as pessoas estão pensando para o nosso futuro se esse homem ficar aqui mais três anos? Nós paramos no tempo e no espaço. A gente precisa tomar

uma posição séria mesmo! Deixar de achar tudo bonito. Não vi nada, desde janeiro, com esse governo e tudo que estava ruim, agora está pior (entrevistado 1).

O diálogo com o governo a cada dia mais se estreita, cada dia você escuta a Damaris, os felicianos da vida, quando você escuta, o ministro da educação falar como fala, o ministro da cultura tirar do ar todos os cartazes de uma produção histórica da cinematografia brasileira. Como você pode dialogar com um monte de avestruzes? (entrevistado 3).

Eu vejo que em algum momento o governo será obrigado a ceder. Seja por força do movimento, seja por força do próprio Congresso, seja por força, de alguma força que consiga fazer isso. Nós sabemos que ele não é simpático à causa social nenhuma, nem do HIV, nem de negro, nem de quilombola, nem de nada! (entrevistado 4)

Como constatado nos depoimentos dos ativistas em tela, estudos alertam sobre os possíveis efeitos deletérios da política neoliberal alinhada ao cenário de austeridade e de restrições severas impostas nos últimos anos, sobretudo no governo Bolsonaro quanto aos investimentos exíguos no SUS. Em última instância, essa escolha política afetou drasticamente o financiamento e a sustentabilidade das ações programáticas voltadas ao controle do HIV/Aids e das ISTs no país, especialmente endereçadas às populações mais vulneráveis, excluídas socialmente e empobrecidas (Lima et al., 2022). Ademais, o enfraquecimento do combate ao estigma e à discriminação social e a inexistência de campanhas informativas visando à conscientização da população e à proteção dos segmentos mais vulneráveis são alguns dos elementos que explicitam a perversidade da necropolítica empreendida pelo governo Bolsonaro no campo da saúde e conseqüentemente do HIV/Aids (Cazeiro, Silva & Souza, 2021).

Nessa perspectiva, no período mais recente, verificou-se que as questões de cunho político foram progressivamente permeadas por práticas e atitudes polarizadas, intolerantes, extremistas e, acima de tudo violentas. Independentemente da orientação ideológica, os atores sociais encarnam e reproduzem episódios de intolerância na interação com o diferente. Trata-se de um fenômeno psicossocial novo e de caráter emergente, multifacetado e complexo, que ainda não foi investigado em profundidade pela comunidade acadêmica como um objeto de estudo. Nessa ótica, no campo das ciências sociais e humanas, o arcabouço teórico-metodológico aportado pela Psicologia Política ganha relevo ao contribuir com a produção de conhecimento

interdisciplinar, com vistas à apreender e explicar a complexidade do fenômeno em tela.

Corroborando a questão do fortalecimento da extrema-direita brasileira no decorrer do pleito eleitoral e a posteriori no governo do ex-presidente e ex-capitão do exército, Jair Bolsonaro, os pesquisadores Domenico Uhng Hur e Salvador Antônio Mireles Sandoval (2020) aprofundaram a discussão dessa problemática. A partir de análises ancoradas nos referenciais psicopolíticos, os autores salientam o crescimento da crise político-institucional e os seus efeitos negativos na governabilidade do país, em meio aos frequentes ataques midiáticos aos três poderes republicanos, em especial ao Poder Judiciário proferidos pelo ex-chefe do Executivo. Além disso, destacam a forte presença e a adoção de estratégias políticas populistas, as quais vocalizam narrativas calcadas na produção de bodes-expiatórios, inimigos e discursos de ódio, endereçados preferencialmente aos segmentos minoritários e marginalizados da sociedade brasileira (Hur & Sandoval, 2020).

Os ataques pronunciados pelo presidente Jair Bolsonaro foram endereçados a um largo espectro da população brasileira. Dentre os focos prioritários, destacam-se: os segmentos da população LGBTQIA+; as pessoas vivendo com HIV e Aids; os nordestinos; os quilombolas; os povos indígenas; os docentes e pesquisadores de universidades e institutos públicos; os artistas identificados com partidos políticos progressistas e de esquerda; os ativistas de movimentos sociais e de organizações do terceiro setor oriundos de vários campos de atuação; os imigrantes, especialmente os venezuelanos; os jornalistas e demais profissionais de mídia e do campo da comunicação social, principalmente as mulheres, entre outros.

Ao analisar algumas características do perfil dos indivíduos identificados com a extrema-direita brasileira no período recente e a figura encarnada por Bolsonaro, Hur e Sandoval (2020), advertem que:

as pessoas que defendem as polarizações e extremismos políticos não estão enfermas ou alienadas por uma ideologia, pois elas têm clareza de suas posições. Elas não estão sendo enganadas por Bolsonaro, ele não é o líder manipulador, senão o porta-voz e expressão dos anseios de ódio e destrutividades das massas. Ele não engana as multidões, fala por elas. É o receptáculo que amplifica a agressividade e o ressentimento desses grupos. Evidentemente, com seu discurso de ódio e agressividade, ele incita a população ao

extremismo. Porém, independente dele, consideramos que qualquer outra personalidade carismática, e neofacista, poderia cumprir esse papel de líder. O interessante de nossa época é que esse tipo de funcionamento primitivo não é disparado apenas na presença da massa, como defendia Le Bon (1895); há uma nova forma de contágio e ressonância de afetos primitivos via web (Hur & Sandoval, 2020, p. 140).

Nessa ótica, sublinhamos que as redes sociais foram utilizadas como ferramentas de indução, amplificação e disseminação em massa de mensagens com conteúdo extremista, dando musculatura a uma cultura de ódio e de violência nas diferentes regiões e contextos urbanos e rurais do país. É fato que, no caso do Brasil, essa cultura de ódio antecede o período eleitoral e o próprio governo de Jair Bolsonaro (2019 – 2022) à frente da presidência, entretanto, houve nos últimos anos, um incremento significativo desse ódio.

Esse cenário contribuiu sobremaneira para incitar a participação de grupos sociais com orientações políticas díspares em inúmeros atos e manifestações políticas, como comícios, carreatas, motociatas e outras formas de protestos que culminaram em episódios recorrentes de violência verbal, física, psicológica e até mortes entre brasileiros. Isto posto, na contemporaneidade, pode-se afirmar como revelam os fatos históricos que houve um processo de deturpação da política, impulsionado pelo uso abusivo das redes sociais, que ao fim e ao cabo sustentaram o crescimento e a manutenção de um tipo perverso de participação política no Brasil.

6.3 A emergência da pandemia de COVID-19: impactos e resistências no enfrentamento do HIV/Aids.

Desde o início da década de 1980, diferentes atores do movimento social de Aids possibilitaram a democratização do acesso às informações técnicas de prevenção e tratamento do HIV e de outras infecções sexualmente transmissíveis à população em geral e aos grupos mais vulneráveis. Nessa linha de pensamento, as ONG/Aids ao elaborar e disseminar conteúdos técnicos, desempenharam um papel relevante na produção de tecnologias sociais e de inovações comunitárias, apoiadas em múltiplas

estratégias de comunicação social, sobretudo em um cenário anterior ao surgimento da internet, no qual o acesso à informação qualificada era dificultado dada a dimensão continental do país.

Em outras palavras, essas organizações da sociedade civil, traduziram informações e conteúdos essenciais para públicos e grupos culturalmente diversos, propiciando o acesso à informação sobre questões complexas acerca de um novo agravo de saúde pública. Cabe frisar que, muitas vezes, as informações sobre o HIV/Aids eram abordadas de forma hermética por médicos infectologistas e de outras especialidades nos canais midiáticos de grande repercussão, principalmente na mídia televisiva e no rádio.

Ao analisar esse contexto inicial da epidemia e o processo de repercussão midiática, o que também guarda relação com o momento atual, o jornalista, pesquisador e ativista Liandro Lindner, oriundo do campo da comunicação social, afirma que:

as dificuldades naquele momento residiam na desinformação e no preconceito que rondava a questão da epidemia. Para minimizá-los, os trabalhos de comunicação adquiriram uma relevância muito grande: primeiro, inteirando-se sobre o assunto e, posteriormente, multiplicando essas informações entre formadores de opinião. Não raro, e, infelizmente, até hoje, surgem alguns comunicadores que não se atualizaram ou que não romperam em definitivo com suas barreiras ou preconceitos e utilizam-se de seus espaços para disseminar informações “caducas”, assim, não só maculando o veículo no qual trabalham, mas comprometendo boa parte da audiência, tão carente de informações mais consistentes (Lindner, 2006, p. 390).

Atualmente, a denominação informações “caducas” foram substituídas pelas chamadas *fake news*, ou seja, notícias falsas produzidas e veiculadas pela mídia e por redes sociais como se fossem fatos e verdades absolutas. Em grande angular, as *fake news* são de cunho ideológico ou político e não tem veracidade e factibilidade, porém, em última instância, carregam consigo um grande potencial gerador de desserviços à sociedade em vários campos, principalmente na abordagem de temáticas sensíveis atinentes à saúde e à educação.

Como o fenômeno Aids é permeado por questões que remetem à diversidade sexual e de gênero e ao uso abusivo de drogas injetáveis, desde o início constituiu-se em um terreno fértil para a produção e disseminação de *fake news*, denominadas anteriormente de informações “caducas”. Desse modo, foram amplamente difundidas notícias falsas sobre a origem do agente etiológico HIV, sobre as formas de transmissão e prevenção do vírus e da doença Aids, sobre a não efetividade do preservativo masculino, a falta de eficácia do “coquetel” no tratamento com antirretrovirais, entre outras *fake news* indiscriminadamente alardeadas e propagadas por diversos grupos de interesses políticos e mercadológicos da sociedade brasileira.

No cenário mais recente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou, em 30 de janeiro de 2020, a “Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional” (ESPII) para a COVID-19, causada pelo novo coronavírus Sars-CoV-2. A COVID-19 é uma infecção respiratória aguda grave e a sua transmissão ocorre no contato de pessoa a pessoa por via respiratória. Inicialmente, a doença foi notificada, em 2019, em seres humanos na cidade chinesa de Wuhan, localizada na província de Hubei. O novo vírus é originário de morcegos, como a maioria dos outros coronavírus. Em 11 de março de 2020, o agravo foi declarado pela OMS como uma nova pandemia afetando a maioria dos países nos cinco continentes (World Health Organization, 2020b).

No contexto mundial, as informações epidemiológicas divulgadas pela OMS e consolidadas até 9 de abril de 2023, alertam que desde o início da pandemia, os países reportaram a essa agência mais de 762 milhões de casos de COVID-19 e 6,8 milhões de óbitos. Proporcionalmente, 43% das mortes por COVID-19 são provenientes de países do continente americano, seguido pela Europa com 32%, pelo Sudeste da Ásia com 12%, pelo Pacífico Ocidental com 6%, pelo Mediterrâneo Oriental com 5% e, finalmente, perfazendo 3%, provavelmente com registros subnotificados, o continente africano (World Health Organization, 2023a).

Sabe-se que, até o presente momento, em abril de 2023, o número de mortes aferido é inferior somente ao computado durante a gripe espanhola. Essa outra pandemia causada pelo vírus influenza, teve início em 1918 e ceifou a vida de mais de 50 milhões de pessoas ao redor do mundo. No Brasil, estima-se que a gripe espanhola

foi responsável pela morte de mais de 35.000 pessoas, oriundas de diversas classes sociais, vitimando inclusive, o presidente da República Rodrigues Alves. Como lembra Câmara-Filho (2021):

A gripe espanhola não distinguia classes sociais. Levou gente pobre e também de famílias importantes, como os Nabuco, os Mello Franco, dois dos irmãos Lage (Jorge e Antônio, que dominavam a navegação marítima no Brasil com seus “itas”), o craque Belfort Duarte (jogador do América carioca, inventor do chute “sem-pulo”) e até o presidente da república Rodrigues Alves, reeleito na eleição presidencial de 1918, que faleceu em janeiro de 1919 (Câmara-Filho, 2021, s/p.).

Considerando-se o recorte temporal, compreendido entre 30 de dezembro de 2019 a 10 de abril de 2023, os Estados Unidos lideram o ranking internacional dos casos acumulados de COVID-19, totalizando 102.873.924 casos, seguido em segundo lugar pela China com 99.239.252, em terceiro pela Índia com 44.768.172, em quarto pela França com 38.791.479 e, em quinto lugar pela Alemanha com 38.368.891. O Brasil ocupa a sexta posição no ranking mundial, totalizando 37.319.254 casos acumulados de COVID-19. Por outro lado, ao examinarmos a letalidade, baseada no total absoluto de óbitos acumulados, os Estados Unidos seguem na liderança mundial com mais de um milhão de mortes em decorrência da COVID-19 (N= 1.118.800), seguido pelo Brasil na segunda posição (N= 700.556), China em terceiro (N= 531.000), Rússia em quarto lugar (N= 397.642), México em quinto lugar (N= 333.596) e Peru na sexta posição (N= 219.866) (World Health Organization, 2023b).

No Brasil, o Ministério da Saúde, registrou até 4 de abril de 2023, um total de 37.319.254 casos de COVID-19, aferindo uma incidência de 17.758,6 casos por 100 mil habitantes. Nesse período, foram contabilizados no país 700.556 óbitos, perfazendo uma taxa de letalidade de 333,4 por 100 mil habitantes. No cenário epidemiológico, constatou-se que, a região Sudeste liderou o ranking dos óbitos acumulados, totalizando 337.243 mortes, as quais representam 48,14% do total do país. Em segundo lugar, a região Nordeste respondeu por 19,25% das mortes, registrando 134.846 óbitos e uma incidência de mortalidade de 236,3 por 100 mil habitantes. Em terceiro lugar, a região Sul, respondeu por 15,81% das mortes notificadas com 110.800 óbitos e incidência de 369,6 por 100 mil habitantes. Em quarto lugar, o Centro-Oeste registrou 9,43% dos óbitos, com a notificação de 66.073

mortes e incidência de 405,4 óbitos por 100 mil habitantes. Em último lugar, a região Norte, correspondeu a 7,37% dos óbitos, registrando 51.594 falecimentos e incidência de 279,9 por 100 mil habitantes (Brasil, 2023).

Desde o início da pandemia, destacam-se na macrorregião Sudeste, os estados de São Paulo e do Rio de Janeiro, os quais contabilizam o maior número de casos acumulados de COVID-19 no período, ultrapassando cifras alarmantes que alcançaram 6,5 milhões e 2,7 milhões, respectivamente. No Sudeste, essas duas unidades da Federação equivalem a 76,08% dos óbitos por COVID-19 e, quando comparadas ao país, a proporção supera um terço das mortes, perfazendo 36,63%. Embora o estado de São Paulo tenha o maior número de óbitos acumulados (N= 179.552), respondendo por mais 53,24% das mortes na região Sudeste e 25,63% no país, o exame do perfil epidemiológico revelou que a taxa de letalidade aferida no estado do Rio de Janeiro foi maior, alcançando 446,2 por 100 mil habitantes, em comparação a 391,0 por 100 mil habitantes em São Paulo. No período, o Rio de Janeiro registrou 77.044 óbitos, o que significa 22,84% das mortes notificadas no Sudeste e 11,00% no país (Brasil, 2023).

Em síntese, o esquadramento do panorama epidemiológico no que tange à magnitude da taxa de mortalidade por COVID-19 por 100 mil habitantes, evidenciou um conjunto de desigualdades socioeconômicas e de iniquidades em saúde, associadas ao nível de acesso da população ao diagnóstico, ao tratamento, aos cuidados ambulatoriais, aos leitos de unidades de terapia intensiva e aos serviços de reabilitação disponíveis no interior das cinco regiões brasileiras, assim como nos dois estados mais ricos da região Sudeste.

Recordamos que São Paulo e Rio de Janeiro juntos, excetuando Minas Gerais que é o segundo estado mais populoso, segundo o censo de 2022, representam o maior contingente populacional do país, dispondo de uma ampla cobertura de serviços em todas as complexidades da atenção à saúde, organizadas em redes regionalizadas, com oferta de acesso integral aos cuidados de saúde, diferentemente de outros estados, sobretudo das regiões Norte e Nordeste. Além disso, esses dois estados gozam de dotações orçamentárias expressivas, provenientes da arrecadação de impostos e tributos pelo tesouro estadual, sob gestão das respectivas secretarias de saúde, além de

universidades e institutos públicos de pesquisa, produtores de uma ciência considerada de ponta, o que possibilitou responder proativamente às demandas e pressões da emergência sanitária da COVID-19.

Desde o advento da pandemia de COVID-19, constata-se um incremento assustador na produção e veiculação de *fake News*, nomeadamente às questões referentes à inexistência de doentes acometidos pelo novo coronavírus, à origem do vírus, à suscetibilidade de grupos e populações à infecção pelo coronavírus, à ineficácia das medidas de distanciamento social, às formas de contágio da doença e, sobretudo às posturas equivocadas sobre a eficácia duvidosa das vacinas em curso no Brasil e nos demais países e os possíveis efeitos adversos.

Não obstante ao crescimento acelerado da circulação de notícias falsas e incorretas, a pandemia evidenciou um outro fenômeno, denominado pelos comunicadores sociais de infodemia. A infodemia caracteriza-se não pela escassez de informações, mas, justamente, pelo excesso de informações disponíveis sobre assuntos específicos no campo da saúde que são compartilhados exponencialmente e dificultam a busca, a seleção e o julgamento da qualidade e confiabilidade dos conteúdos. Henriques e Vasconcelos (2020), sublinham que a “grande quantidade de fontes de informação, implica desorientação por parte das pessoas, que perdem ou minimizam a capacidade de reconhecer fontes e conteúdos confiáveis. Com isso, ficam propensas aceitar como verdade aquilo que corresponde aos seus valores ou crenças” (p. 38).

Em suma, as *fakes news* são disseminadas continuamente por grupos antivacinas, anticiência e negacionistas adeptos às teorias conspiratórias contrariando todas as evidências disponíveis no arcabouço científico e tecnológico de enfrentamento da COVID-19, amplamente preconizadas pela Organização Mundial de Saúde e por instituições de excelência científica, como o Centro de Controle de Doenças norte americano.

No intuito de mitigar a infodemia acarretada pela COVID-19, a Organização Mundial da Saúde realizou, em julho de 2020, uma primeira conferência científica para debater o problema e produzir consensos e respostas coordenadas de combate à desinformação generalizada. A conferência teve como produto, a construção de um documento baseado em quatro pontos estratégicos para a gestão das infodemias, assim

ratificados: a) monitoramento e vigilância das informações; b) “literacia em saúde populacional”, com o aumento da capacidade de compreensão e avaliação das informações; c) aperfeiçoamento dos processos de checagem da qualidade e da veracidade das informações; e d) tradução do conhecimento, baseado em evidências científicas sem interferências de interesses políticos ou econômicos (Eysenbach, 2020; World Health Organization, 2020c).

No Brasil, sordidamente, o ex-presidente da República, Jair Messias Bolsonaro (2019 – 2022), assumiu posições negacionistas e anticientíficas, colocando em xeque e menosprezando a gravidade dos fatos concernentes aos impactos sociais gerados pela pandemia da COVID-19. O ex-presidente, incentivou, deliberadamente, a não adoção de medidas sanitárias de controle da infecção pelo novo coronavírus Sars-CoV-2, defendeu e propagandeou a oferta e o uso de medicamentos sem eficácia científica no tratamento da COVID-19, como a cloroquina e a ivermectina nos sistemas públicos e privados de saúde, assim como duvidou da eficácia e da efetividade dos imunizantes endossados pelas sociedades científicas nacionais e internacionais e ratificados pela Organização Mundial de Saúde. Dessa maneira, o ex-chefe do poder executivo, além de prestar um desserviço à sociedade brasileira e mundial, proferiu, intencionalmente, em várias ocasiões, nos diferentes *lôcus* midiáticos e nos pronunciamentos oficiais à nação, que a vacinação para prevenir as formas graves da COVID-19, aumentaria o risco de infecção pelo HIV e, conseqüentemente, o adoecimento pela Aids.

Henriques e Vasconcelos (2020), examinaram o cenário de emergência da COVID-19 no que concerne às crises institucionais capitaneadas pelo ex-presidente Jair Bolsonaro, concluindo que ao assumir uma postura anticiência irreduzível, aliada a disseminação de *fake news*, ocorreram interferências políticas que acabaram por postergar a definição célere de um plano de ação de enfrentamento da pandemia no âmbito do SUS. Ademais, a profusão de narrativas dos atores alinhados politicamente ao bolsonarismo, descortinou nesse período, várias contradições do Estado brasileiro na condução da coisa pública. Nessa perspectiva, Henriques e Vasconcelos (2020), advertem que:

A resistência ao conhecimento científico num ambiente de conflito político e crescimento do autoritarismo é representada na disputa de narrativas que sustentam propostas antagônicas para enfrentar a

crise. Informações falsas (fake-news) alimentam a cisão e confundem-se com a própria decisão do Governo Federal de dificultar o acesso a informações. A negação da gravidade da situação e a inexistência de um plano nacional de ação são mais exuberantes no momento em que o país se torna um dos epicentros da pandemia de Covid-19 (Henriques & Vasconcelos, 2020, p. 25).

Na ótica psicopolítica, um estudo analisou os discursos de Jair Bolsonaro, publicados em matérias veiculadas nos principais meios de comunicação nacionais, entre os meses de fevereiro e junho de 2020, quando a incidência e a mortalidade pela COVID-19 já apresentavam um crescimento exponencial no Brasil e no mundo. Os pesquisadores desse campo interdisciplinar, identificaram atitudes e práticas alinhadas à necropolítica e à defesa intransigente do mercado e do sistema produtivo neoliberal, ancorado no bordão “O Brasil não pode parar” (Hur, Sabucedo, & Alzate, 2021).

Em vários discursos, Bolsonaro se posicionou contrário às medidas de isolamento social vigentes adotadas pelos governos estaduais e municipais, vinculando-as ao desemprego em massa da população, ao passo que incentivava, inadvertidamente, carreatas e motocicletas pelo país. Por um lado, utilizava essa estratégia discursiva para promover o negacionismo científico e o crescimento do movimento antivacina no país, ancorado na falácia da imunidade de rebanho. E de outro, o enfrentamento aviltante, antirrepublicano e deliberado direcionado aos governadores e aos prefeitos que conscientemente implantaram ações rigorosas de controle sanitário para conter a velocidade dos contágios e dos óbitos, mantendo a resolutividade dos serviços de saúde sobrecarregados pela COVID-19.

No afã de produzir inimigos públicos e bodes-expiatórios na arena política, o ex-presidente Bolsonaro chegou a afirmar categoricamente que os governadores se comportavam como exterminadores de empregos ao se engajarem nas medidas restritivas de circulação de pessoas nos espaços coletivos. Destarte, acusou veementemente, o governador de São Paulo, João Doria (2019 - 2022) de distorcer e superestimar o número de óbitos associados à COVID-19, em São Paulo, epicentro da pandemia em diversos momentos.

Desde os primórdios da pandemia, Doria desempenhou um protagonismo político combativo, ao coordenar com seu secretariado e um comitê de crise sanitária

formado por especialistas renomados, uma série de entrevistas coletivas diárias no Palácio dos Bandeirantes, denunciando continuamente a baixa proatividade e os inúmeros erros cometidos pelo governo federal, além de enfatizar o negacionismo de Bolsonaro na gestão de uma crise sanitária sem precedentes. Em resposta, o presidente insuflava e, ao mesmo tempo, envidava esforços para arregimentar eleitores e seguidores ferrenhos, gerando aglomerações com pessoas sem máscaras e desrespeitando as leis de vigilância sanitária sancionadas pelos estados e municípios, aumentando, portanto, o risco da população à infecção pelo coronavírus. Ademais, em meio ao caos provocado pela pandemia, conclamou a população a invadir os equipamentos públicos de saúde para fiscalizar a “suposta” lotação das unidades de terapia intensiva e dos ambulatórios de referência à COVID-19 nas cidades de médio e grande porte. Além disso, em várias ocasiões expressou falas que desrespeitavam os mortos e seus familiares.

Isto posto, a cartografia realizada por Hur, Sabucedo e Alzate (2021) demonstrou que os discursos de Bolsonaro vocalizados no contexto pandêmico estavam em linha com uma necropolítica, sujeitando os trabalhadores, principalmente os mais pobres e com menor qualificação profissional à lógica perversa do mercado neoliberal. Especificamente, tomando como base esse ponto de análise, os autores enfatizaram que:

a necropolítica é uma de suas estratégias para a mais produção. Ela está totalmente ligada às formas de gestão da vida no neoliberalismo, que administra as diversas populações da mesma forma. Atua na criação/destruição de coletivos para gerar qualquer tipo de mais-valia. [Dessa forma] (...) os corpos produtivos devem continuar a trabalhar para manter a produção, fabricando lucro e mais-valia, qualquer que seja o tipo. (...) Corpos produtivos e maleáveis que devem continuar a girar a roda neoliberal durante a pandemia da Covid-19 (Hur, Sabucedo, & Alzate, 2021, p. 560).

Portanto, baseado nos achados dessa pesquisa, é possível inferir que o fenômeno pandêmico lapidou e ao mesmo tempo reificou a racionalidade neoliberal, a qual necessariamente movimenta e confere sustentabilidade ao sistema de produção capitalista, impulsionando e fazendo emergir, em última instância, um determinado tipo de

necropolítica contemporânea [que] não elimina apenas os corpos considerados improdutivos, como dos ‘vagabundos’, dos ‘sem trabalho’, mas também os corpos produtivos dos ‘trabalhadores’, que podem e ou devem perecer para manter as engrenagens da máquina capitalista funcionando. Por isso propomos que a máxima defendida na contemporaneidade é o ‘Produzir e deixar morrer’ (Hur, Sabucedo, & Alzate, 2021, p. 561).

Corroborando o cenário trágico do governo Jair Bolsonaro, marcado pelo negacionismo e por uma política fragmentada e displicente da gestão da crise da COVID-19, o periódico *Lancet* (2020) publicou um editorial contundente, intitulado COVID-19 no Brasil: “E daí?”, emitindo, portanto, um sinal de alerta à comunidade científica internacional ao vocalizar que:

talvez a maior ameaça à resposta ao COVID-19 para o Brasil seja o seu Presidente Jair Bolsonaro. (...) Esta desorganização no centro da administração do governo é não só uma distração com consequências fatais no meio de uma situação de emergência de saúde pública, mas também um forte sinal de que a liderança no Brasil perdeu o seu compasso moral, se é que alguma vez teve um. Bolsonaro precisa mudar drasticamente o seu rumo ou terá de ser o próximo a sair (*Lancet*, 2020, p. 1461).

A ausência de gestão da COVID-19 no governo Jair Bolsonaro, após pressões de vários setores da sociedade, mobilizou os parlamentares a instaurarem uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) da Pandemia no Senado Federal. Os trabalhos da CPI, iniciados em 27 de abril de 2021, se estenderam por quase 6 meses, após a prorrogação do prazo regimental de 3 meses e foram finalizados, em 26 de outubro de 2021, com a entrega e divulgação de um extenso relatório final com mais de 1.200 páginas. A presidência da CPI da pandemia ficou à cargo do senador Omar Aziz (Partido Social Democrático), a vice-presidência com o senador Randolfe Rodrigues (ex Rede Sustentabilidade) e a relatoria foi efetuada pelo senador Renan Calheiros (Movimento Democrático Brasileiro). O relatório final da CPI, apresentou um vasto repertório de evidências ao avaliar as omissões e os possíveis crimes de Bolsonaro na condução da pandemia. Em síntese, a CPI concluiu que o presidente atuou de forma deliberada para propagar a COVID-19 no país (Brasil, 2021).

A organização Conectas Direitos Humanos (2021), resumiu os crimes atribuídos a Jair Bolsonaro, constantes do relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia:

Em seu relatório final, a CPI elenca nove crimes imputados ao presidente, entre eles epidemia com resultado de morte, infração de medida sanitária preventiva, charlatanismo pela difusão de medicamentos comprovadamente ineficazes, crimes de responsabilidade e contra a humanidade por extermínio, perseguição e atos desumanos para causar sofrimento intencional. O documento dá maior força às ações que tentam responsabilizar o presidente tanto no âmbito nacional quanto internacional, como é o caso das denúncias feitas ao Tribunal Penal Internacional (Conectas Direitos Humanos, 2021, s/p.).

Os inúmeros danos produzidos pela COVID-19, considerados sem precedentes no século XXI, corroboraram o incremento das vulnerabilidades, não só no que diz respeito aos aspectos sociopolíticos e subjetivos, mas também nos planos programático e institucional, afetando particularmente às condições de uso e o acesso da população aos serviços de saúde, à estruturação e à organização das linhas de cuidado na perspectiva da integralidade no SUS (Ayres et al., 2009). Outrossim, as necessidades de saúde, peculiares a cada segmento e grupo social, também foram fortemente impactadas pela nova pandemia ao gerar situações de sofrimento psicossocial e mobilizar emoções de medo, ansiedade e angústia.

Os resultados de uma investigação conduzida em nível nacional no ano de 2020, pelos coletivos Vote LGBTQ+ e Box 184, com 9.521 respondentes de todas as regiões do país, revelaram impactos preocupantes na saúde da população LGBTQIA+ associados aos desfechos da COVID-19. Os principais problemas de saúde identificados na pesquisa, referiram-se: à saúde mental (42,72%), às novas regras de convívio social (16,58%), à solidão (11,74%), às dificuldades no convívio familiar (10,91%), à falta de renda (10,62%), ao desemprego (7,0%), e à continuidade dos procedimentos de hormonioterapia no segmento de pessoas trans (0,30%). Chama a atenção que mais da metade dos informantes, reconheceram como necessidade de saúde, o suporte psicológico para lidar com o sofrimento psicossocial decorrente da pandemia. O maior grau de vulnerabilidade foi constatado entre os adolescentes e os jovens, na faixa etária de 15 a 24 anos, dado que um em cada dois entrevistados

autorreferiram fragilidades na percepção da saúde mental em função do isolamento social vivenciado no auge do período pandêmico (Vote LGBTQ+ & Box 184, 2020).

Ademais, as vulnerabilidades na saúde da população em geral e, em particular dos segmentos LGBTQIA+ estão condicionadas por marcadores sociais da diferença, como gênero, orientação sexual, raça/cor e geração (Estrela et al., 2020). É fato que as desigualdades socioeconômicas potencializaram a vulnerabilidade e o risco de exposição à infecção pelo coronavírus, inviabilizando entre os mais pobres o isolamento social, em função das condições precárias e insalubres de vida, das aglomerações nos transportes coletivos, da falta de acesso à água potável, ao saneamento básico, às máscaras descartáveis e ao álcool para a higienização das mãos e dos ambientes como preconizado pelos órgãos oficiais da saúde.

Butler (2022) ao tomar como ponto de partida a reflexividade dos sentidos do ser e do estar no mundo ou nos vários mundos pós-COVID-19, elenca os efeitos da pandemia ao colocar em relevo a questão das desigualdades sociais:

Ao longo do tempo pandêmico que ainda não passou, parte de nós sofreu, sem dúvida, perdas drásticas, enquanto outra parte pode ter observado essas perdas de cantos mais seguros do mundo, mas, no geral, temos vivido em uma atmosfera de doença e morte. A morte e a doença estão literalmente no ar, e acabamos, com frequência, sem nem saber como demarcar e fazer o luto de tantas perdas. Essa pandemia (...) implica cada pessoa em um mundo interconectado, mundo de viventes cuja capacidade de afetar os outros e de ser afetado pode ser matéria de vida ou morte. Não estou certa de que esse seja *um mundo comum* que compartilhamos, porque, mesmo querendo residir em um mundo assim, não parece que efetivamente o façamos no momento. O comum ainda não foi alcançado. Talvez seja mais adequado dizer que há muitos e sobrepostos mundos, pois a maioria dos recursos não é igualmente partilhada. (...) Não podemos registrar um fenômeno global como a pandemia sem, ao mesmo tempo, registrar essas desigualdades e, no caso presente, ver sua intensificação” (Butler, 2022, p. 25-27).

É mister recordar que LGBTQIA+, compõem um grupo social mais vulnerável, consoante a diversidade das performances identitárias de gênero em uma sociedade hegemonicamente machista e heterocisnormativa. Essas pessoas estão mais expostas e sujeitas à vivenciarem preconceitos, estigmas, exclusões e outras formas terríveis de discriminação e humilhação social. Além disso, a pandemia agravou sobremaneira o quadro de insegurança alimentar, as violações de direitos humanos, mormente a LGBTQfobia.

Sendo assim, no Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços da rede de Atenção Básica e da rede especializada, como os Centros de Atenção Psicossocial e os ambulatórios especializados em IST/Aids, bem como as organizações da sociedade civil militantes do campo do HIV/Aids, em meio ao caos provocado pela COVID-19, envidaram esforços para acolher e atender as demandas crescentes de saúde mental na população LGBTQIA+, incluindo as pessoas que vivem com HIV e Aids.

Ratificando esse quadro sanitário dramático, um dossiê robusto sobre os impactos da pandemia de COVID-19, coordenado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), denunciou que até o final do ano de 2022, o Ministério da Saúde do governo Jair Bolsonaro não havia publicado nenhuma nota técnica substancial para embasar e orientar os gestores e as equipes de saúde na organização dos cuidados na rede de Atenção Básica no SUS, na atenção à saúde mental e nos serviços de urgência e emergência, dirigidos à população em geral e aos grupos sociais mais vulneráveis (Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2022).

Dentre esses grupos, nomeamos à título de exemplo, as pessoas que vivem em situação de rua, as quais representam um contingente expressivo da população brasileira que cresceu consideravelmente durante a pandemia nos grandes centros urbanos, como São Paulo e Rio de Janeiro, e nas cidades de médio porte do país. No contexto pandêmico, a única ação de saúde pública recomendada pelo Ministério da Saúde para esse segmento se referiu à inserção nos grupos prioritários para vacinação do novo coronavírus. Entretanto, outras ações e cuidados específicos, alinhados à integralidade da atenção à saúde não foram sequer aventados pelo Executivo federal. Ademais, cabe frisar que os sistemas de informações existentes no SUS, não permitem conhecer a cobertura de pessoas imunizadas na população em situação de rua no país, dado que no sistema de informações do Programa Nacional de Imunizações, não há um campo específico para a inserção dessa variável (Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2022).

Outro dossiê publicado pelo observatório de políticas públicas da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) identificou várias interfaces e sinergias entre a Aids e a COVID-19, demonstrando que em última instância, ambas as pandemias, materializam uma sindemia (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2020).

Para apreender essas interfaces, uma parcela dos pesquisadores dos campos da saúde coletiva e da psicologia social têm empregado analiticamente o conceito de sindemia. Nessa perspectiva teórica, em linha com a determinação social do processo saúde-doença-cuidado, a COVID-19 é considerada uma sindemia multicausal dado a amplitude dos efeitos sinérgicos entre os diferentes agravos. Dessa forma, é imperativo salientarmos que no binômio saúde-doença, o social e o biológico, necessariamente, são elementos indissociáveis e intrínsecos a um mesmo processo.

Paiva e Garcia (2022), esclarecem que as sindemias

além de também surgirem em condições de maior desigualdade, disseminam-se na interação adversa entre a iniquidade e doenças/condições de saúde de todos os tipos que se somam – diferentes infecções, doenças crônicas, problemas de saúde mental, resultados de exposição tóxica ou desnutrição (Paiva & Garcia, 2022, p. 1334).

É oportuno registrar, que a atenção à saúde no SUS apresentava vários gargalos anteriores ao surgimento da COVID-19, como o subfinanciamento crônico, a falta de quadros e as dificuldades para contratação de médicos infectologistas e de outras especialidades nos serviços de assistência às IST/Aids, especialmente nos municípios de menor porte populacional. Soma-se a isso, na última década, o retrocesso político-programático no Brasil na resposta ao HIV/Aids, bem como a descontinuidade de ações e programas considerados estratégicos nas três esferas gestoras, os quais são imprescindíveis para o controle da epidemia e a quebra da cadeia de transmissão do HIV e das outras ISTs.

O dossiê da ABIA, denunciou que a pandemia afetou drasticamente a estruturação e a organização do processo de trabalho das equipes de saúde, devido ao crescente remanejamento de profissionais, especialmente de médicos infectologistas deslocados para serviços de atenção à COVID-19. No período, entre janeiro e maio de 2020, houve uma redução de 17% das pessoas com HIV que iniciaram o tratamento com os antirretrovirais no SUS, comparado ao ano anterior. A Articulação Nacional de Luta Contra a Aids (ANAIDS) calculou uma diminuição de 30% nos serviços que ofertam o acesso à PrEP diária do HIV (Profilaxia Pré-Exposição ao HIV) (Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 2020).

Além disso, os profissionais e voluntários das ONG/Aids que estavam à frente da execução de projetos e ações de educação em saúde, reduziram ou interromperam as atividades presenciais nas comunidades mais vulneráveis e, em outros *lôcus* de intervenção preventiva em função do cumprimento das medidas de distanciamento e isolamento social, decretadas pelos governos estaduais e municipais (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2020).

Do ponto de vista político e programático, o referido dossiê, evidenciou que houve uma redução na publicação de editais regulares para o financiamento de projetos das ONGs/Aids nos últimos anos, afetando a sustentabilidade das ações preventivas e de incidência política. Ademais, a desativação no Ministério da Saúde, em 2019, da Comissão Nacional de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS) e da Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais (CNAIDS) enfraqueceu o controle social, considerando-se que anteriormente foram *lôcus* estratégicos e legitimados de incidência e ativismo social das políticas públicas (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2020).

Em meio ao contexto adverso da pandemia, constatou-se que as ONG/Aids, em especial nos grandes centros urbanos, como é o caso de São Paulo e do Rio de Janeiro engajaram-se no enfrentamento político, social e programático da COVID-19. A experiência acumulada na abordagem do HIV/Aids com a comunicação de informações técnicas, a oferta de insumos de prevenção e o suporte psicossocial às pessoas e aos grupos vulneráveis e socialmente estigmatizados foi um diferencial nos esforços envidados pelos ativistas solidários ao sofrimento das famílias afetadas pela COVID-19.

Em grande angular, a resposta social atinente ao HIV/Aids teve sua origem pautada por estratégias de mobilização dos segmentos da sociedade diretamente afetados pela doença, como homens homossexuais, hemofílicos, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, os quais, em um momento posterior, estruturaram-se no formato de organizações não governamentais institucionalizadas. Diferentemente, no caso da COVID-19, as respostas com maior potência de ação sob a saúde pública foram oriundas de coletivos e de organizações de base comunitária, territorialmente

capilarizadas e consolidadas nas periferias, anteriormente à pandemia (Paiva & Garcia, 2022).

Nessa ótica, Ferreira e Neves (2021) assinalam que “a covid-19 nos desafia, principalmente, na organização de esforços coletivos e comprometidos com a justiça social e com os direitos humanos, e suas respostas, como visto na epidemia da aids, precisam estar alinhadas com a própria democracia” (p. 212). É mister frisar, que somente após a pressão do movimento social de Aids, em especial dos ativistas dos fóruns de ONG/Aids de São Paulo e do Rio de Janeiro, os adultos vivendo com HIV e Aids, na faixa etária de 18 a 59 anos, foram definitivamente incluídos entre os grupos elegíveis e prioritários para a imunização da COVID-19 no país. Anteriormente, o Ministério da Saúde havia publicado uma nota técnica, na qual o critério de acesso à vacinação, beneficiaria somente as pessoas com HIV e Aids, cuja contagem de linfócitos T-CD4 fosse inferior a 200 células.

Ademais, os pesquisadores da Fiocruz, esclareceram que não há evidências que demonstrem um risco acrescido para as complicações da infecção pelo novo coronavírus em pessoas com HIV que estão em seguimento ambulatorial e aderentes à terapia antirretroviral com uma carga viral controlada ou indetectável. Entretanto, outras comorbidades, como a hipertensão, o diabetes, a obesidade e as doenças cardiovasculares têm incidência nas pessoas vivendo com HIV e Aids, podendo equipará-las ao mesmo risco observado nas prevalências da população em geral. Ressaltam, que as consultas de saúde, por meio da telemedicina, amplamente utilizadas na pandemia, podem prover a continuidade dos cuidados em saúde (Fundação Oswaldo Cruz, 2020).

No triênio da pandemia no governo Bolsonaro, entre 2020 a 2022, o Brasil teve quatro ministros da saúde, um fato considerado inédito na trajetória da pasta. O primeiro, o médico ortopedista, Luiz Henrique Mandetta, entre janeiro de 2019 a 16 de abril de 2020, defendeu as medidas de controle sanitário preconizadas pela OMS, como o uso regular de máscaras pela população, assumindo uma posição contrária a de Bolsonaro que publicamente não usava máscaras e ridicularizava os que aderiam à medida preventiva. Ganhou visibilidade da opinião pública e discordou do ex-presidente sobre o uso da cloroquina no tratamento da COVID-19. Mandetta foi

substituído pelo médico oncologista, Nelson Teich, pressionado por aliados políticos e por militares nomeados por Bolsonaro nos cargos do primeiro escalão do ministério, além das pressões do próprio ex-presidente, a recomendar o uso em massa da cloroquina, um fármaco comprovadamente sem eficácia científica, permanecendo na pasta por menos de um mês, entre 16 de abril a 15 de maio de 2020 (Universo Online, 2021; Folha de São Paulo, 2023).

O terceiro ministro, o general do exército, Eduardo Pazuello, que ocupou a posição de adjunto da pasta, inicialmente foi lotado no cargo como interino e nomeado como titular por Bolsonaro, passados 4 meses. Na visão de diversos especialistas, esse período significou um vácuo na gestão da crise da COVID-19 no Brasil, cujo sistema de saúde já havia colapsado com pacientes transferidos para outros municípios e estados. Na gestão Pazuello, entre 15 de maio de 2020 a 15 de março de 2021, implantou-se o protocolo clínico da cloroquina, sem eficácia científica, para o tratamento dos casos menos graves da doença, disponibilizado por meio de um aplicativo de celular. A priorização desse protocolo gerou uma cisão na classe médica, em detrimento ao acesso ampliado à testagem para o rastreamento de casos da COVID-19, cujo insumo teve a validade expirada nos almoxarifados do Ministério da Saúde. Também houveram atrasos significativos nas negociações com a indústria farmacêutica e os laboratórios para a aquisição das vacinas. Pazuello foi investigado pelo Supremo Tribunal Federal pela suposta crise sanitária e a falta de oxigênio generalizada nos serviços de saúde de Manaus. O quarto ministro da saúde, o médico cardiologista, Marcelo Queiroga, inicialmente defendeu as medidas de controle sanitário, discordando do protocolo da cloroquina, porém no decorrer da gestão alinhou-se ao discurso bolsonarista. Queiroga chefiou a pasta, no período de 15 de março de 2021 a 31 de dezembro de 2022, atendendo a todas as demandas do governo de transição (Universo Online, 2021; Folha de São Paulo, 2023).

No legado histórico do século XXI, é indispensável apreender a complexidade do fenômeno da COVID-19, a partir do arcabouço tecnológico e científico existente. É relevante sublinhar que as decisões políticas em vários países ocorreram em tempo recorde para a definição, a implantação e a implementação de políticas científicas em diálogo com o campo da gestão, abrangendo um grande espectro de instituições dos setores público e privado. O combate à pandemia exigiu dos governantes em todas as

esferas de gestão da máquina estatal um processo célere de tomada de decisão, levando em conta as tensões e interfaces entre as políticas sociais e as políticas econômicas em curso, a definição de consensos e prioridades programáticas e a destinação de recursos públicos finitos, os quais nem sempre foram alocados com eficiência.

No caso brasileiro, os efeitos gerados pela crise pandêmica num cenário de recursos orçamentários exíguos e com um contingente expressivo de pessoas desempregadas, no mercado informal ou com vínculos de trabalho precarizados, demonstraram o quão estratégico deve ser o papel do poder público na oferta de respostas sustentáveis e na indução de políticas e ações programáticas intersetoriais. Nessa toada, uma das lições aprendidas para mitigar os impactos do novo coronavírus no intuito de reduzir danos e salvar o maior número de vidas, se referiu ao aprimoramento e fortalecimento de ações articuladas entre os setores públicos estratégicos, tais como: a saúde, a educação, a ciência, tecnologia e inovação e o sistema de proteção social (Lima, 2022).

É consenso na comunidade acadêmica e médica, representada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e por diversas sociedades médicas e de outras classes de profissionais da saúde, que a inexistência de uma coordenação nacional na condução da crise da COVID-19, aliada à politização da resposta, solapou a capacidade técnica, operativa e resolutiva do SUS, impactando o desempenho das equipes nos estados e nos municípios, cujos cenários foram implacavelmente agravados pelas iniquidades regionais e locais da saúde. Não obstante às inúmeras adversidades e perdas de vidas de profissionais da saúde, o SUS demonstrou a sua fortaleza no combate à pandemia de COVID-19 no Brasil e, segue sendo uma política pública contra hegemônica desde a sua criação.

Os aprendizados no campo da gestão pública poderão ser de grande valia no futuro para administrar possíveis impactos e mitigar os efeitos provocados por novas pandemias e emergências sanitárias que certamente poderão assolar o país. Da mesma forma, a definição de comitês interinstitucionais formados por gestores e pesquisadores renomados, entre outros profissionais, à exemplo do estado de São Paulo, se mostrou estratégico para qualificar e orientar a tomada de decisão

governamental em observância às evidências científicas e à capacidade instalada para implementar planos e ações de contingência à COVID-19.

Além disso, num cenário de medos, incertezas e de alta letalidade, principalmente no decorrer do primeiro ano da pandemia quando as vacinas ainda não estavam disponíveis, a participação desse comitê de especialistas em todas as coletivas de imprensa junto com o governador João Dória (ex Partido da Social Democracia Brasileira) foi uma estratégia eficiente para informar a população, contribuindo para aumentar a confiança e a adesão às medidas sanitárias e o endurecimento no combate à propagação de *fake news* no estado e no país.

A imunização da COVID-19 foi iniciada no estado de São Paulo com a vacina CoronaVac, fruto de uma parceria vinculada a um acordo de transferência tecnológica, firmado entre o Instituto Butantan e a empresa chinesa Sinovac, em 17/01/2021, após a autorização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para o uso emergencial (Instituto Butantan, 2021a). Simbolicamente, após decisão do governador João Dória, em um evento midiático de grande repercussão, a primeira pessoa imunizada no país foi uma enfermeira negra que estava na linha de frente no Instituto de Infectologia Emílio Ribas, a principal referência em infectologia da América Latina.

Várias tensões políticas, ingerências e atitudes negacionistas explicitadas pelo ex-presidente Jair Bolsonaro interferiram sobremaneira para dificultar e atrasar as negociações entre o Instituto Butantan e o Ministério da Saúde. O próprio general Eduardo Pazuello, ministro da pasta, entre 2020 e 2021, foi desautorizado publicamente pelo ex-presidente, após o anúncio de aquisição da CoronaVac pelo Ministério da Saúde. Ao fim e ao cabo, o Ministério da Saúde incorporou a vacina ao Programa Nacional de Imunizações, por meio de um contrato finalizado em setembro de 2021, no qual o Instituto Butantan entregou 100 milhões de doses, cumprindo integralmente todas as etapas acordadas (Instituto Butantan, 2021a).

No âmbito epidemiológico, nos primeiros meses de 2021 até meados de abril, o país registrou uma segunda onda da doença com um incremento acentuado no número de óbitos e de internações em todas as macrorregiões devido ao surgimento da variante Ômicron. Nessa ocasião, diversos órgãos de imprensa, pesquisadores da

Fundação Oswaldo Cruz, profissionais da saúde e ativistas do SUS, denunciaram a ocorrência de mortes devido à falta de assistência adequada e à disponibilidade de oxigênio na rede de serviços de saúde da capital Manaus no Amazonas. Os fatos ocorridos em Manaus tiveram repercussão na comunidade internacional e comprovaram como as desigualdades regionais determinam o acesso da população à saúde no Brasil. Na outra face do cenário epidemiológico da trajetória de enfrentamento da pandemia, ao final do primeiro semestre de 2021, os dados de monitoramento vacinal do Ministério da Saúde atestaram de forma inédita, uma redução progressiva de 42% nos óbitos associados à COVID-19, após a imunização de 96 milhões de brasileiros com pelo menos uma dose da vacina (Instituto Butantan, 2021a).

Um estudo clínico pioneiro, batizado de “Projeto S”, conduzido por pesquisadores do Instituto Butantan em parceria com Secretaria Municipal de Saúde de Serrana, município de 10 mil habitantes do interior paulista na região de Ribeirão Preto, avaliou e mensurou a efetividade da CoronaVac após vacinar toda a população adulta elegível com o esquema completo, ou seja, duas doses com um intervalo de 28 dias. Os resultados demonstraram uma queda de 80% na incidência dos sintomáticos de COVID-19, 86% nas hospitalizações e 95% nos óbitos, posterior à administração da segunda dose do imunizante. Os achados indicaram que a imunização preveniu tanto a população adulta, quanto as crianças e os adolescentes menores de 18 anos que não receberam a vacina, evidenciando, portanto, que houve uma redução significativa na circulação do coronavírus, bem como a importância dos efeitos da imunização para a coletividade (Instituto Butantan, 2021b).

Outro marco meritório no acesso à imunização no Brasil, alude à disponibilização da vacina Oxford-AstraZeneca pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), sediada no Rio de Janeiro, a qual foi utilizada no SUS em larga escala entre 2021 e 2022, com a aplicação de duas doses na população com 18 anos ou mais. A primeira dose do imunizante conferiu uma eficácia de 76% e alcançou 82,4% no término do esquema vacinal. Entre os voluntários acompanhados no estudo sob a coordenação da Fiocruz não foram registradas internações nos casos mais graves da COVID-19 (Fundação Oswaldo Cruz, 2021).

Considerando-se o quantitativo insuficiente de vacinas no ano de 2021, disponibilizadas exclusivamente pelo SUS, a oferta da AstraZeneca na rede pública, mediante um contrato assinado entre a Fiocruz e o Ministério da Saúde, aumentou substancialmente o acesso dos brasileiros e, conseqüentemente a taxa de cobertura vacinal no país. Posteriormente, graças à um acordo de transferência tecnológica internacional, à excelência dos pesquisadores do Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos - Bio-Manguinhos e, à validação técnica da Anvisa, a Fiocruz recebeu a autorização para produzir o Ingrediente Farmacêutico Ativo (IFA) no país (Fundação Oswaldo Cruz, 2022).

O primeiro lote de vacinas dessa produção 100% nacional foi entregue pela Fiocruz, em fevereiro de 2022, e representou um passo decisivo no processo de autossuficiência vacinal do país, aprimorando simultaneamente o chamado complexo econômico-industrial operado pelo setor da saúde, além de gerar uma economia significativa de recursos públicos do SUS com a diminuição da importação do insumo. Portanto, cabe enaltecer o pioneirismo tecnológico da Fiocruz, que figura como a primeira instituição pública brasileira, oficialmente certificada para produzir e distribuir ao Ministério da Saúde uma vacina totalmente nacional (Fundação Oswaldo Cruz, 2022).

Em sinal de reconhecimento, o Conselho Nacional de Saúde publicou uma nota que legitima a atuação da Fiocruz na defesa do interesse nacional voltado à promoção da melhoria da saúde pública da população. O colegiado, responsável pela condução da política nacional de saúde, enfatizou na referida nota que:

essa nova fase, além de garantir o acesso equitativo a um bem público nacional, a partir dessa incorporação tecnológica, vai representar economia financeira ao país e contribuirá para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Principalmente em um momento onde o mesmo vive um processo de desfinanciamento gravíssimo, denunciado inúmeras vezes pelo controle social brasileiro (Conselho Nacional de Saúde, 2022, s/p.).

Em fevereiro de 2021, a comunidade científica de alguns países europeus – Áustria, Dinamarca, Noruega, Alemanha e Reino Unido – e também a Austrália relataram evidências demonstrando um risco acrescido, porém de baixa incidência de ocorrência de casos de síndrome de trombose com trombocitopenia entre os vacinados

com a Oxford-AstraZeneca e, nos Estados Unidos com a vacina da Janssen. Frente a isso, a União Europeia decidiu suspender temporariamente a vacinação da população com a AstraZeneca. Diante das evidências disponíveis e das informações oriundas do monitoramento de farmacovigilância que avalia possíveis efeitos adversos após a administração de um determinado insumo, o Programa Nacional de Imunizações emitiu uma nota técnica no final de dezembro de 2022 orientando os profissionais da saúde quanto aos procedimentos e as recomendações atualizadas para administrar as vacinas de vetor viral para a COVID-19, no caso a AstraZeneca e a Janssen (Ministério da Saúde, 2022).

A nota técnica nº 393/2022, firmada pela coordenação geral do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde, recomendou e concluiu que:

As vacinas de vetor viral estão indicadas para uso na população a partir de 40 anos de idade e; em pessoas de 18 a 39 anos de idade, devem ser administradas preferencialmente vacinas COVID-19 da plataforma de RNAm [RNA mensageiro], entretanto, nos locais de difícil acesso ou na indisponibilidade do imunizante dessa plataforma, poderão ser utilizadas as vacinas de vetor viral (AstraZeneca e Janssen) (Ministério da Saúde, 2022, s/p.).

No que tange à questão dos efeitos adversos da vacina AstraZeneca na população na faixa etária de 18 a 39 anos, após a publicação da referida nota técnica do Ministério da Saúde, circularam boatos, polêmicas e *fake News* em veículos de imprensa sensacionalistas e nas redes sociais. A Fiocruz publicou uma nota esclarecendo que não houve descontinuidade ou desautorização da certificação da Anvisa para a produção da AstraZeneca no país, cabendo ao Ministério da Saúde decidir sobre a gestão da política vacinal com base nos imunizantes disponíveis e no cenário epidemiológico da COVID-19. A Fiocruz (2023a) esclareceu que o contrato continua vigente e “a instituição permanece com ampla capacidade de produção e poderá retomar o escalonamento quando demandada. (...) Do imunizante 100% nacional, foram produzidos 15,8 milhões de doses, e a instituição possui IFA em estoque equivalente a 38,6 milhões de doses” (s/p.).

O campo da saúde coletiva, enquanto um *lócus* de produção de conhecimento e implementação de práticas em saúde socialmente determinadas, assim como o campo da Psicologia Política são produtores de saberes e de intervenções ancoradas na

interdisciplinaridade. Ambos os campos, a partir do diálogo entre a medicina e as disciplinas das ciências sociais podem contribuir no processo de análise dos efeitos da COVID-19 no Brasil e em outros países, principalmente da América Latina.

Na perspectiva sociopolítica, o exame das políticas públicas de saúde sobre os impactos do vírus Sars-Cov-2 possui densidade para adensar novos conhecimentos ao campo da saúde coletiva, com vistas à iluminar facetas atinentes à epidemiologia, à gestão da política e do planejamento programático e, em especial às ciências sociais e humanas em saúde. Portanto, a análise interdisciplinar quando colocada em movimento tem potencial para ampliar o entendimento qualificado acerca do fenômeno pandêmico, promovendo um diálogo frutífero entre as disciplinas afins e os respectivos campos científicos.

Nesse sentido, a pesquisadora Nísia Trindade Lima (2022), cientista social e ministra da saúde no terceiro mandato do presidente Luís Inácio Lula da Silva, iniciado em 2023, sublinha que:

Uma perspectiva interdisciplinar na análise das pandemias deveria também alargar a agenda das ciências sociais, superando, entre outras coisas, as divisões entre problemas ambientais/problemas sociais; desenvolvimento científico/tecnológico e políticas sociais; além da visão estanque das epidemias como fenômenos biológicos ou como construções sociais (Lima, 2022, p. 13).

No Brasil, certamente, a redução significativa da incidência do coronavírus e da letalidade observada nos informes epidemiológicos divulgados no decorrer do ano de 2022, estão associadas à garantia constitucional do acesso universal no SUS, às altas taxas de cobertura vacinal na população adulta e à ampliação da oferta de doses adicionais de reforço, inicialmente para os grupos mais expostos e vulneráveis e, posteriormente, para a população em geral elegível.

Desde fevereiro de 2023 está em curso no SUS a vacinação com o imunizante Pfizer bivalente. A administração da quinta dose configura uma estratégia de saúde pública essencial à manutenção do controle da doença no país ao prevenir as formas graves da COVID-19 e reduzir as internações e os óbitos. Entretanto, o monitoramento e a avaliação dos dados do Programa Nacional de Imunizações, mensurou que a taxa de imunização nos grupos prioritários está abaixo do esperado. Provavelmente, devido

a uma autopercepção equivocada sobre a atual gravidade da pandemia, associada à desinformação e à menor disponibilidade interna das pessoas para ida aos serviços de saúde. Nesse sentido, o Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis do Ministério da Saúde, publicou a nota técnica nº 30/2023, ampliando a imunização, iniciada no final de abril de 2023, para todas as pessoas com mais de 18 anos e os maiores de 12 anos com imunossupressão ou comorbidades (Ministério da Saúde, 2023).

Não obstante aos avanços alcançados na imunização e a despeito do desmonte do Programa Nacional de Imunizações no governo Jair Bolsonaro, poderemos ter que lidar num futuro próximo, com o surgimento de correntes revisionistas dispostas a questionar o real impacto da COVID-19 no mundo e no Brasil. Assim, como no Holocausto, durante a Segunda Guerra Mundial, responsável pela perseguição e o genocídio de mais de 6 milhões de judeus na Europa, as correntes revisionistas tentaram produzir silenciamentos e apagamentos dos fatos sócio-históricos, minimizando e colocando em dúvida a veracidade das inúmeras evidências das atrocidades praticadas pelo regime nazista alemão no século XX. Nessa linha de pensamento, advogamos que na contemporaneidade, o negacionismo associado à COVID-19, assume várias facetas e o revisionismo pode ser uma delas, como ocorreu com o Holocausto no século passado.

Em vista disso, faz-se mister estarmos atentos e vigilantes, no sentido de salvaguardar permanentemente as evidências científicas dos campos produtores de saber interdisciplinares, em especial a saúde coletiva e a psicologia política. Dessa forma, preservar e examinar continuamente a memória coletiva e política (Ansara, 2008) do cenário pandêmico, no que tange aos acertos e, principalmente aos equívocos cometidos por governantes e demais instituições sociais são essenciais para que os fatos não sejam apagados ou distorcidos na história recente e futura do nosso país.

Considerando a redução da taxa global de letalidade pelo coronavírus e o incremento da taxa de cobertura vacinal em nível mundial, a Organização Mundial da Saúde, em 5 de maio de 2023, reclassificou o status da COVID-19 com base na deliberação da 15ª sessão do Comitê de Emergência que avalia permanentemente a evolução do cenário epidemiológico. Após três anos, a COVID-19 não é mais uma

“Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional” (ESPII), fato que implica rever as recomendações técnico-programáticas aos países. Assim, a OMS adverte que COVID-19 segue sendo uma pandemia, porém com os necessários no manejo da situação de emergência em linha com as demais doenças infecciosas (World Health Organization, 2023c).

Finalizamos o presente capítulo com um trecho do pronunciamento em rede nacional da ministra da saúde, Nísia Trindade Lima, posterior ao anúncio da Organização Mundial da Saúde. Nota-se nas palavras da ministra, uma posição política assertiva e orientada para a defesa e sustentabilidade do SUS na continuidade do enfrentamento à COVID-19 no Brasil, alicerçada nos pilares da ciência, da vida e da democracia, superando, portanto, um passado recente de negacionismo e descaso político.

Ainda vamos conviver com a Covid-19, que continua evoluindo e sofrendo muitas mutações, mas temos há mais de um ano a predominância em todo o mundo da variante ômicron e suas sub-linhagens, sem o agravamento do quadro sanitário. Temos uma redução progressiva do número de hospitalizações e óbitos, resultado de proteção da população pelas vacinas. Neste cenário, entende-se que o momento indica uma transição do modo de emergência para um enfrentamento continuado, como parte da prevenção e controle de doenças infecciosas. (...) Infelizmente, no Brasil, perdemos mais de 700 mil pessoas. 2,7% da população mundial vivem em nosso país, mas tivemos 11% do total de mortes!!! Outro teria sido o resultado se o governo anterior, durante toda a pandemia, respeitasse as recomendações da ciência. Se fossem seguidas e cumpridas as obrigações de governante de proteger a população do país. Não podemos esquecer! Precisamos preservar essa memória do que aconteceu para poder construir um futuro digno. (...) Apesar do negacionismo, dos ataques à ciência e da política de descaso, muitas vidas foram salvas devido ao SUS e ao esforço sem limite das trabalhadoras e trabalhadores da saúde. A eles, agradeço em meu nome e em nome do Presidente Lula, que tem se dedicado desde o primeiro dia de nosso governo à política do cuidado e ao fortalecimento do SUS. É hora também de aprendermos as lições dessa pandemia. De fortalecermos o Sistema Único de Saúde, o maior sistema universal de saúde do mundo. De nos prepararmos com programas consistentes para futuras epidemias e emergências sanitárias. De fortalecermos nossa capacidade científica e tecnológica e de superarmos as desigualdades sociais, que fazem com que a pandemia atinja de forma desigual aqueles em situação social de maior vulnerabilidade. É hora, sobretudo, de valorizarmos a vida, a saúde e a cultura democrática. Vamos atuar juntos, governo, trabalhadoras e trabalhadores da saúde, comunidade científica e toda a sociedade para preservar a vida e

melhorar as condições de prevenção de doenças e promoção da saúde. Para nunca mais vivermos os dias terríveis do passado recente e construirmos um futuro melhor (Lima, 2023, s/p.).

Em absoluta consonância com as palavras da ministra da saúde, percebemos que a ação sistemática e organizada dos movimentos sociais e das organizações da sociedade civil revelam-se estratégicas para a produção de uma sociedade mais justa e comprometida com a defesa da vida. É nesse quadro que as ações das organizações não governamentais, dos fóruns e das redes identitárias no campo da Aids contribuem para a proteção da vida das pessoas vivendo com HIV e Aids ontem, hoje e no futuro.

7 CONCLUSÕES

Na presente tese de doutorado, o aporte teórico-metodológico do Modelo Analítico da Consciência Política, sistematizado por Salvador Sandoval, no campo interdisciplinar da Psicologia Política, permitiu analisar a produção da identidade coletiva dos ativistas do movimento social de Aids paulista e fluminense no que concerne à participação e o controle social da política de Aids no Sistema Único de Saúde (SUS), entre 1980 a 2023.

Os achados da pesquisa corroboram o nosso pressuposto de que identidade coletiva dos ativistas das diferentes gerações do movimento social de Aids nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro incidiu politicamente no processo de participação e controle social da Aids no *locus* do SUS.

O mapeamento histórico e o exame da linha do tempo evidenciaram seis períodos complementares na construção da resposta sociopolítica e sanitária de enfrentamento ao HIV/Aids, no recorte temporal de 1980 a 2023. Ademais, demonstrou as interfaces e as conexões políticas entre os atores governamentais, oriundos principalmente das coordenações de IST/Aids das três esferas do SUS e atores não governamentais engajados solidariamente em ações coletivas no campo das políticas públicas do HIV/Aids e LGBT+, as quais não foram restritas ao eixo São Paulo – Rio de Janeiro.

Na cronologia, constatou-se que o movimento homossexual brasileiro desempenhou um papel estratégico no período que antecedeu a emergência da Aids no Brasil e a posteriori no desenvolvimento de ações de incidência política que culminaram na implantação das primeiras respostas governamentais nas capitais São Paulo e Rio de Janeiro.

No que tange às movimentações do movimento social de Aids, apreendidas a partir da sistematização da linha do tempo e da análise de conteúdo das narrativas dos ativistas, depreende-se que a institucionalização das ONG/Aids definiu nos primeiros anos da década de 1980, as bases do movimento social brasileiro de luta contra a Aids, além da emergência de novos sujeitos sociais vinculados a um “ativismo de urgência”. Posteriormente, a criação dos Fóruns Estaduais de ONG Aids, pioneiros em São Paulo e no Rio de Janeiro, fortaleceu sobremaneira a articulação e abrangência das ações

coletivas, bem como as práticas do ativismo sociopolítico no que concerne à luta pela defesa do direito à saúde das pessoas vivendo com HIV e Aids em linha com a Constituição Federal de 1988. O último arranjo institucional identificado nas movimentações, se referiu à organização e à estruturação das redes identitárias, inicialmente a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids, seguida pelas Cidadãs *Posithivas*, os Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV e Aids e por último a Rede Nacional de Pessoas Trans.

Os Encontros Nacionais de ONG Aids (ENONG), realizados desde 1989, seguem em vigência e completaram 21 edições. Os ativistas reconhecem e legitimam esse espaço como o principal *locus* de articulação política para a deliberação da agenda e a eleição dos representantes do movimento social de Aids para os assentos no Conselho Nacional de Saúde e comissões assessoras, entre outros comitês e grupos técnicos coordenados pelo Ministério da Saúde ou pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (UNAIDS).

Em que pese a consolidação dos ENONG, a análise dos depoimentos evidenciou vulnerabilidades atinentes ao papel desempenhado pelas delegações de ativistas oriundas das várias regiões do país. As narrativas revelaram, por um lado, o acirramento das disputas de poder entre os pares e de outro, a fragilidade ou a ausência de mecanismos potentes para monitorar os avanços e os gargalos das propostas e moções aprovadas na plenária final. Geralmente essas propostas e moções são endereçadas aos entes públicos e aos colegiados paritários não restritos ao SUS, portanto, deveriam subsidiar a definição e a implementação de políticas públicas no país para o enfrentamento do HIV/Aids e demais infecções sexualmente transmissíveis.

Ademais os ativistas explicitaram diversas tensões e disputas políticas na interação entre as ONG/Aids, os fóruns Estaduais de ONG Aids de São Paulo e do Rio de Janeiro e as redes identitárias. Nesse sentido, observou-se tensionamentos quanto ao acesso aos fundos públicos para o financiamento de projetos, à transparência nas relações com o poder público nas três esferas de gestão da saúde e disputas por assentos nos colegiados do SUS, entre outras comissões e grupos de trabalho técnicos. Além disso, os depoimentos sublinharam outros nós do movimento social de Aids na contemporaneidade consonantes à sustentabilidade, como o envelhecimento dos

ativistas, a falta de quadros técnicos, a formação e renovação de lideranças, particularmente entre a população de adolescentes e jovens vivendo com HIV e Aids.

No universo investigado, nas últimas quatro décadas, pode-se inferir com base nas evidências da presente pesquisa que a atuação do movimento social de Aids no eixo São Paulo – Rio de Janeiro foi permanente e continua. Em que pese uma maior inserção de ativistas nas duas primeiras décadas, no período entre 1983 a 2000, verificou-se que quase um terço dos entrevistados se engajaram nesse movimento na última década. O exame do processo de interação e sociabilidade entre os ativistas das várias gerações revelou diferenças quanto à concepção, ao processo de formação e, sobretudo, aos modos de organização e implementação das práticas sociopolíticas do movimento em ambos os cenários pesquisados.

A análise demonstrou que as gerações do movimento de Aids conjugam experiências, saberes e tecnologias sociais oriundas tanto do campo do ativismo “clássico”, produzido nas décadas de 1980 e 1990, quanto do ciberativismo, introduzido a partir dos anos 2000. Sublinha-se que o incremento e o aperfeiçoamento das tecnologias de ativismo digital foram essenciais para fomentar o desenvolvimento das redes identitárias do movimento social de Aids e contribuíram, sobremaneira, para a capilaridade das ações coletivas nos cenários investigados, no país e em nível internacional. Entretanto, há que se refletir sobre as parcelas da população excluídas digitalmente no que se refere ao acesso à informação sobre os meios de prevenção primária e secundária do HIV e das demais infecções sexualmente transmissíveis. Assim, questiona-se, como o ativismo será capaz de mediar e acessar os segmentos mais vulneráveis da população e como traduzirá essas necessidades de saúde em práticas de cuidado na perspectiva emancipatória?

Da mesma forma, o advento do I = I (Indetectável = Intransmissível), aponta novos desafios sociopolíticos para o ativismo. De um lado, verifica-se um desafio de ordem programática no que concerne à formação técnico-científica dos profissionais e das práticas em saúde. Por outro, é premente a promoção e o desenvolvimento de uma cultura preventiva voltada à mitigação do preconceito, do estigma e da discriminação social associada ao HIV/Aids, bem como a ampliação do acesso qualificado às tecnologias biomédicas em curso no SUS e à adesão ao tratamento das pessoas vivendo com HIV e Aids. Tais desafios sanitários e sociopolíticos implicam aperfeiçoar as

ações programáticas na rede de saúde, especialmente as tecnologias leves de aconselhamento e promoção do cuidado integral de base multidisciplinar. Da mesma forma, as ações empreendidas pelas ONG/Aids de conscientização e prevenção do HIV e demais ISTs direcionadas à população em geral e às populações mais vulneráveis devem considerar esses elementos nos projetos de intervenção nas comunidades.

Portanto, postula-se que o mote da solidariedade vocalizado pelos ativistas desde a primeira década de enfrentamento da epidemia, segue sendo um elemento potente no sentido de fortalecer os vínculos e as ações coletivas empreendidas pelos ativistas das diferentes gerações do movimento social de Aids. Assim, a solidariedade é uma força política capaz de produzir um processo de resiliência e resistência, o qual simultaneamente pode aprimorar as relações dos ativistas intra-movimento no sentido de superar tensões e diferenças ou pelo menos mitigá-las em prol de um objetivo comum ancorado na pertença coletiva vislumbrando-se a sustentabilidade sociopolítica do movimento nessa quarta década.

No que tange à participação e o exercício do controle social da política de HIV/Aids, os ativistas vocalizaram lacunas e desafios, como a participação diminuta nos conselhos e nas conferências de saúde, sobretudo nas esferas municipais e estaduais; a fragmentação dos processos de trabalho; a falta de uma linguagem comum entre os pares; e deficiências na formação técnico-política dos atores do movimento social de Aids de ambos os estados. Além disso, relataram o desconhecimento e, particularmente, a falta de interesse das pessoas vivendo com HIV e Aids para a participação nos conselhos gestores das unidades de saúde do SUS.

Soma-se ao rol dos desafios do ativismo social em Aids, a dependência de editais de financiamento de projetos com recursos públicos exíguos e os impactos de uma possível profissionalização no que tange à disponibilidade dos atores para o exercício qualificado do controle social das políticas públicas de HIV/Aids em vigência no SUS. Nessa ótica é premente fortalecer e aprimorar o processo de participação nos espaços criados pelo movimento social de Aids como os ENONG, bem como a participação ativa em comitês e grupos de trabalho governamentais técnico-políticos, além dos colegiados do SUS como os conselhos e as conferências de saúde deliberativas.

Em grande angular, depreende-se que no âmbito dos novos movimentos sociais que englobam os projetos de causas identitárias e os grupos societários específicos, como é o caso das ONG/Aids e das pessoas vivendo com HIV e Aids, o controle estatal das pautas de luta seja por instrumentos públicos, seja por instrumentos econômicos fez com que o seu reconhecimento passasse pela institucionalização da ação política por meio do fenômeno da “onguização” como salientado por Silva (2006). Dessa forma, com o advento da “onguização” dos movimentos sociais, contatou-se formas de indução e imposição de um determinado tipo de profissionalização no modo de agir desses movimentos, agora institucionalizados e ao alcance do controle legal do Estado refletindo-se, em última instância, na agenda do ativismo sociopolítico no campo da Aids.

Por fim, os ativistas, denunciaram o incremento do conservadorismo e do negacionismo científico no mandato do ex-presidente Jair Bolsonaro, marcado por ataques constantes às minoras sociais, à disseminação de *fake news* sobre as pessoas vivendo com HIV e Aids e discursos de ódio. Ademais, os impactos da pandemia da COVID-19 aprofundaram as desigualdades sociais e econômicas e as iniquidades em saúde em todas as regiões do país, aumentando, assim, as vulnerabilidades das pessoas vivendo com HIV e Aids e dos segmentos LGBT+, especialmente no acesso aos cuidados em saúde entre aquelas com menor escolaridade e renda.

Nessa vertente, constatou-se que a crise sanitária sem precedentes produzida pela COVID-19 incrementou as vulnerabilidades nos planos individual, programático e social das pessoas vivendo com HIV e Aids. Assim, faz-se necessário aprofundar os estudos interdisciplinares e interseccionais sobre o ativismo sociopolítico nos campos da saúde coletiva e da psicologia política acerca dos impactos deletérios da pandemia na saúde integral dessa população, sobretudo entre os segmentos LGBT+ em contextos de pobreza, racismo e violência estrutural.

Desta feita, recomenda-se o desenvolvimento de estudos complementares ancorados nas dimensões do Modelo Analítico da Consciência Política, desenvolvido por Salvador Sandoval (2015), com vistas à apreender os efeitos dos arranjos institucionais presentes nas movimentações do movimento social de Aids no que tange à participação política e ao controle social das políticas de Aids no SUS.

REFERÊNCIAS

- Alonso, A. (2009). As Teorias Dos Movimentos Sociais: um balanço do debate. *Lua Nova*, 76, 49-86.
- Alonso, A. (2012). Repertório, segundo Charles Tilly: história de um conceito. *Sociologia & Antropologia*, 2(3), 21-41.
- Altman, D. (1995). *Poder e comunidade: respostas organizacionais e culturais à AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA, IMS/UERJ: Relume Dumará.
- Altman, D. (1998). HIV, homofobia, and human rights. *Health and Human Rights*, 2(4), 15-22.
- Ansara, Soraia. (2008). Memória política: construindo um novo referencial teórico na psicologia política. *Revista Psicologia Política*, 8(15), 31-56. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2008000100004&lng=pt&tlng=pt.
- Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos, ABGLT. (2018). Missão, valores, caráter e finalidade principal. Recuperado de <https://www.abgl.org/historia>
- Associação Brasileira de Saúde Coletiva, ABRASCO. (2022). Dossiê ABRASCO: Pandemia de COVID-19. Recuperado de https://ss-usa.s3.amazonaws.com/c/308481554/media/1824637bb2d1e9e9d74927413860285/Abrasco_Dossie_Pademia_de_Covid-19_versao2.pdf
- Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, ABIA. (2020). *Dossiê ABIA: HIV/AIDS e COVID-19 no Brasil*. Recuperado de https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2020/12/dossie_ABIA_01_12.pdf
- Ayres, J. R. C. M., Calazans, G. J., Saletti-Filho, H. C., & França-Júnior, I. (2009). Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drummond-Júnior & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 375- 417). São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Azevedo, E., Pelicioni, M. C. F., & Westphal, M. F. (2012). Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. *Physis*, 22(4), 1333-1356. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000400005>
- Barbosa-Júnior, A., Szwarcwald, C. L., Pascom, A. R. P., & Souza-Júnior, P. B. (2009). Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(4), 727-37. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400003>
- Barboza, R. (2006). *Gestão do Programa Estadual DST/AIDS de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das ações no período de 1994 a 2003* (Dissertação de Mestrado). Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo.
- Barboza, R. (2011). Avanços e Desafios da Descentralização. In C. Pimenta, J. C. Raxach & V. Terto-Júnior (Orgs.), *Seminário Descentralização das Políticas e Ações em Saúde: impactos e desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS* (pp. 52-55). Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Recuperado de http://www.abiaids.org.br/_img/media/APRIM_DEB_III_internet.pdf
- Barboza, R. (2013). Relação Estado e sociedade civil: as parcerias com Organizações Não Governamentais no campo da AIDS e o controle social no SUS. In V. Paiva, I. França-Júnior & A. O. Kalichman (Orgs.), *Prevenção e promoção da saúde: planejar, fazer, avaliar* (pp.213-248). (Vulnerabilidade e direitos humanos, v. 4). Curitiba: Juruá.
- Barboza, R. (2021). Acordos de empréstimo para AIDS e a Política de Incentivo no Sistema Único de Saúde: avanços e lacunas. *Cadernos Saúde Coletiva*, (29)1, 46-53. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129010346>
- Barboza, R., & Lopes, T. V. S. (2009). Organizações Não Governamentais na Região da Amazônia Legal Brasileira: o caso da saúde. *Revista Psicologia Política*, 9(17), 149-169. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v9n17/v9n17a10.pdf>
- Barboza, R., & Morais, M. L. S. (2014). Avanços e impasses da Estratégia Saúde da Família: a percepção dos gestores e gerentes da Região Metropolitana da Baixada

- Santista. *Boletim do Instituto de Saúde*, 15(2), 34-42. Recuperado de <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/37388/35504>
- Barboza, R., & Silva, A. S. (2020). O controle social da política de Aids paulista: ativismo e participação social na primeira década de atuação do Fórum de ONGs/Aids do Estado de São Paulo. In L. de O. Lima (Org.), *Democracia, Participação e Controle Social na Saúde* (pp. 83-96). João Pessoa: UFPB, CCTA. Recuperado de <https://www.abrasco.org.br/site/gteducacaopopularesaude/wp-content/uploads/sites/14/2020/11/Democracia-Participacao-e-controle-social-na-saude.pdf>
- Barboza, R., & Silva, V. N. (2013). Lições aprendidas, perspectivas e desafios na articulação com a sociedade civil. In R. Barboza & V. N. Silva (Orgs.), *Sociedade civil: a diferença na resposta paulista ao HIV/AIDS* (pp.111-124). São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS.
- Barboza, R., Dantas, J. C. O., Cervantes, V., Silva, A. S., Alves, O. S. F., & Santos, R. B. C. E. (2017). Desafios para sustentabilidade da prevenção às DST/Aids nos projetos de Organizações da Sociedade Civil no estado de São Paulo. *Boletim Epidemiológico Paulista*, 14(162), 17-31. Recuperado de <https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/37923/35832>
- Barboza, R., Ianni, A. M. Z., Alves, O. S. F., & Santos, R. B. C. E. (2016). Saúde sexual e saúde reprodutiva no campo da Aids: uma análise da produção científica nas Ciências Sociais e Humanas em Saúde na Abrasco. *Boletim do Instituto de Saúde*, 17(2), 189-199. Recuperado de <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/35342/33787>
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, S. G., & Vieira-da-Silva, L. M. (2016). A gênese da política de luta contra a Aids e o Espaço Aids no Brasil (1981 – 1989). *Revista de Saúde Pública*, 50(43), 1-12. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JdYQ99GcVgZw8V8CJ6rCm4q/?lang=pt&format=pdf>

- Bezerra, L. C. A., Alves, C. K. A., Reis, Y. A. C., Samico, I., Felisberto, E., Carvalho, A. L. B., & Silva, G. S. (2012). Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4), 883-900. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400011>
- Bobbio, N. (1994). *Liberalismo e democracia*. M. A. Nogueira, trad. São Paulo: Brasiliense.
- Brasil. (1986). *Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS)*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 15 de outubro, 2017, de http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf
- Brasil. (1995). *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília: Presidência da República. Recuperado de <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>
- Brasil. (1999). *A resposta brasileira ao HIV/Aids: Experiências exemplares*. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004). *Brasil sem homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual*. Brasília: Conselho Nacional de Combate à Discriminação.
- Brasil. (2021). Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia: Relatório Final. Senado Federal. Publicado em 26/10/2021. Recuperado de <file:///C:/Users/55119/Downloads/DOC-Relat%C3%B3rio%20Legislativo%20-%20SF219235681963-20211026.pdf>
- Brasil. (2023). Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Publicado em 4/04/2023. Recuperado de <https://covid.saude.gov.br/>
- Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990a, 20 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, seção 1.

- Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (1990b, 31 de dezembro). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, seção 1.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006b). Política Nacional de Atenção Básica. (Série Pactos pela Saúde, 4). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 4 de setembro, 2009, de <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/04.pdf>
- Brasil. Portaria n. 399/GM. (2006a, 22 de fevereiro). Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Recuperado em 15 de outubro, 2010, de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf
- Brasil. Portaria nº 2.836/GM. (2011, 1 de dezembro). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Diário Oficial da União.
- Brasil. Portaria nº 230/MS. (2023, 7 de março). Institui o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde - SUS. Publicado em 08/03/2023. Diário Oficial da União, p. 107. Recuperado de <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-230-de-7-de-marco-de-2023-468487936>
- Brasil. Portaria nº 2313/GM. (2002, 19 de dezembro). Dispõe sobre a política de transferência de recursos do governo federal para estados, Distrito Federal e municípios na modalidade de financiamento fundo a fundo para DST/Aids. Diário Oficial da União.
- Brasil. Portaria nº 3.027/MS. (2007, 26 de novembro). Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – PARTICIPASUS. Diário Oficial da União.
- Brussino, S., Rabbia, H., & Sorribas, P. (2008). Una propuesta de categorización de la participación política en jóvenes cordobeses. *Psicologia Política*, 8(16), 285-304.
- Buss, P. M., & Pellegrini, A. F. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, 17(1), 77-93. Recuperado de

<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>

- Butler, J. (2022). *Que mundo é este?: uma fenomenologia pandêmica*. C. Rodrigues, trad. Belo Horizonte: Autêntica.
- Cajado, L. C. N., & Monteiro, S. (2018). Movimento social de mulheres com HIV/AIDS: uma experiência entre cidadãs “positivas” do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10), 3223-3232. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.13992018>
- Calazans, G. (2019). Prevenção do HIV e da Aids: a história que não se conta/a história que não te contam. Seminário de Capacitação em HIV: Aprimorando o Debate III. Rio de Janeiro: ABIA. Recuperado de http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Prevencao_HIVeAIDS_Site.pdf
- Calegare, M. G. A., & Silva-Júnior, N. (2009). A “Construção” do Terceiro Setor no Brasil: da questão social à organizacional. *Revista Psicologia Política*, 9(17), 129-148. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v9n17/v9n17a09.pdf>
- Câmara, C. (2002). Espaços de Interlocação: Governo e Sociedade Civil. In R. Parker, V. Terto-Júnior & M. C. Pimenta (Orgs.), *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS - solidariedade e cidadania: princípios possíveis para as respostas ao HIV/AIDS?* (pp. 37-43). Rio de Janeiro: ABIA.
- Câmara, C. (2018). Pecado, doença e direitos: a atualidade da agenda política do grupo Triângulo Rosa. In J. N. Green, R. Quinalha, M. Caetano & M. Fernandes (Orgs.), *História do Movimento LGBT no Brasil* (pp. 193-209). São Paulo: Alameda.
- Câmara-Filho, L. A. (2021). Gripe Espanhola: A mãe das pandemias. Publicado em 11/03/2021. Recuperado de <https://hospitaldocoracao.com.br/novo/midias-e-artigos/artigos-nomes-da-medicina/gripe-espanhola-a-mae-de-todas-pandemias/>
- Campos, G. W. S. (2016). XV Conferência Nacional de Saúde: o que comemorar e o que criticar? *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(1), 5-6. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00102>
- Carrara, S. (2013). Discriminação, políticas e direitos sexuais no Brasil. In S. Monteiro & W. Vilella (Orgs.), *Estigma e Saúde* (pp. 143-160). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Carvalho, G. (2013). A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*, 27(78), 7-26. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?format=pdf&lang=pt>
- Cazeiro, F., Silva, G. S. N., & Souza, E. M. F. (2021). Necropolítica no campo do HIV: algumas reflexões a partir do estigma da Aids. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(Supl. 3), 5361-5370. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csc/a/WgVQktqZ8VtzLxk4Vxf3wPt/?format=pdf&lang=pt>
- Conectas Direitos Humanos. (2021). Presidente deve ser responsabilizado por ações na pandemia. Publicado em 29/10/2021. Recuperado de <https://www.conectas.org/noticias/presidente-deve-ser-responsabilizado-por-aco-es-na-pandemia/>
- Conge, P. J. (1988). The concept of political participation. *Comparative Politics*, 20(2), 241-249.
- Conselho Nacional de Saúde, CNS. (2022). Nota Pública: CNS felicita Fiocruz pelas primeiras vacinas contra a Covid-19 100% nacionais. Portal do CNS, 21/02/2022. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2371-nota-publica-cns-felicita-fiocruz-pelas-primeiras-vacinas-contr-a-covid-19-100-nacionais>
- Constituição da República Federativa do Brasil*. (1988, 05 de outubro). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
- Costa, G. B. da., & Silva, A. S. da. (2012). A Democracia e os Desafios da Participação Política. In M. B. de Almeida, A. S. da Silva & F. Corrêa (Orgs.), *Psicologia Política: Debates e embates de um campo interdisciplinar* (pp. 149-176). São Paulo: Ed. EACH.
- Costa, G. B. da., Deliberador, L., & Silva, A. S. da. (2014). Contribuições da noção de consciência política para a pesquisa e a prática da comunicação comunitária. *Revista Alterjor*, 10, 26-44.

- Dalfior, E. T., Lima, R. C. D., & Andrade, M. A. C. (2015). Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. *Saúde debate*, 39(104), 210-225. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040201>
- Daniel, H. (1994). *Vida antes da morte*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Decreto n. 11.371*. (2023, 1º de janeiro). Revoga o Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019, que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11371.htm#art1
- Decreto n. 7.508*. (2011, 28 de junho). Regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
- Decreto n. 9.759*. (2019, 11 de abril). Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9759impressao.htm
- Demo, P. (2009). *Metodologia científica em ciências sociais*. São Paulo: Atlas.
- Deslandes, S. F. (2018). O ativismo digital e sua contribuição para a descentralização política. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10), 3133–3136. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.21122018>
- Dorna, A. (2004). La Re-habilitation d’un Paradigme Perdu: la psychologie politique. *Psicologia Política*, 4(8), 139-158.
- Encontro Nacional de ONG AIDS, ENONG. (2013). Documento Orientador e Informativo ENONG 2013. Recuperado de <https://enong2013.files.wordpress.com/2013/05/documento-orientador-enong-2013.pdf>
- Estrela, F. M., Soares, C. F. S., Cruz, M. A., Silva, A. F., Santos, J. R. L., Moreira, T. M. O., Lima, A. B., & Silva, MC. (2020). Pandemia da Covid 19: refletindo as

vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3431-3436. Recuperado de

<https://www.scielo.br/j/csc/a/bbcZzgN6Sns8mNPjKfFYRhb/?format=pdf&lang=pt>

Eysenbach, G. (2020). How to Fight an Infodemic: The Four Pillars of Infodemic Management. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6)e21820. Recuperado de <https://www.jmir.org/2020/6/e21820/>

Facchini, R. (2003). Movimento Homossexual no Brasil: recompondo um histórico. *Cadernos Arquivo Edgard Levenroth*, 10(18/19), 81-125.

Facchini, R. (2009). Entre compassos e descompassos: um olhar para o “campo” e para a “arena” do movimento LGBT brasileiro. *Bagoas*, 4, 131-158.

Ferreira, B. O., & Neves, A. L. M. (2021). Aids e Covid-19: entre olhares e experiências. *Revista Psicologia e Saúde*, 13(1), 203-215. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v13i1.1399>

Figari, C. (2007). *As outras cariocas: interpelações, experiências e identidades homoeróticas no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: IUPERJ.

Fleury, S. (2017). The Welfare State in Latin America: reform, innovation and fatigue. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(Supl.2), e00058116.

Folha de São Paulo. (2023). Pandemia no Brasil foi marcada por erros e mortes que poderiam ter sido evitadas. Publicado em 5/05/2023. Recuperado de https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2023/05/pandemia-de-covid-foi-marcada-por-erros-em-serie-e-mortes-que-poderiam-ter-sido-evitadas.shtml?utm_source%3Dpocket_saves%26

Fórum das ONG/Aids do Estado de São Paulo. (2019). Documento Norteador para EEONGs e ERONGs – 20º ENONG: Encontro Nacional de ONGs, Redes e Movimentos de Luta Contra a AIDS. Publicado em 24/04/2019. Recuperado de <https://www.forumaidssp.org.br/noticia.php?id=89&documento-norteador-para-eeongs-e-erongs>

Fórum das ONGs Aids do Estado de São Paulo, FOAESP. (2023). Site oficial. Recuperado de <https://www.forumaidssp.org.br/>

- Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz. (2020). Covid-19 impacta tratamento de pacientes com HIV e HTLV. Portal da Fiocruz, 28/08/2020. Recuperado de <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-impacta-tratamento-de-pacientes-com-hiv-e-htlv>
- Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz. (2021). Vacina Covid-19 Fiocruz tem eficácia geral de 82%. Portal da Fiocruz, 3/02/2021. Recuperado de <https://portal.fiocruz.br/noticia/vacina-covid-19-fiocruz-tem-eficacia-geral-de-82>
- Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz. (2022). Fiocruz libera primeira vacina Covid-19 nacional. Portal da Fiocruz, 22/02/2022. Recuperado de <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-libera-primeira-vacina-covid-19-nacional>
- Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz. (2023). Fiocruz esclarece sobre vacina Covid-19. Portal da Fiocruz, 14/04/2023. Recuperado de <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-esclarece-sobre-vacina-covid-19#:~:text=O%20acordo%20de%20coopera%C3%A7%C3%A3o%20t%C3%A9cnica,a%20vacina%20AstraZeneca%2C%20segue%20vigente.>
- Fundo das Nações Unidas para a Infância, UNICEF. (2014). Histórico da Rede Nacional de Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids. Unicef: Brasília. Recuperado de https://www.unicef.org/brazil/pt/HistoricoRNAJVHA_Port.pdf
- Galvão, J. (1997). As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS. In R. Parker (Org.), *Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil* (pp. 69-108). Rio de Janeiro: Jorge Zahar: ABIA.
- Galvão, J. (2000). *AIDS no Brasil: agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: Editora 34.
- Galvão, J. (2002). *1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro: ABIA. Recuperado de <http://www.abiaids.org.br/img/media/colecao%20politicass%20publicas%20N2.pdf>
- Garzón, A. (2008). Teoría y Práctica de la Psicología Política. *Información Psicológica*, 93, 4-25.

- Giovanella, L., Mendonça, M. H. M., Almeida, P. F., Escorel, S., Senna, M. C. M., Fausto, M. C. R. et al. (2009). Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 783-794.
- Gohn, M. G. (1997). *Teoria dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo: Loyola.
- Gohn, M. G. (2010). *Movimentos sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo*. Petrópolis: Vozes.
- Gohn, M. G. (2014). *Sociologia dos Movimentos Sociais*. São Paulo: Cortez.
- Gomes, R., Murta, D., Facchini, R. & Meneghel, S.N. (2018). Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1997-2005.
- Grangeiro, A., Silva, L. L., & Teixeira, P. R. (2009). Resposta à Aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. *Revista Panamericana Salud Publica*, 26(1), 87-94. Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v26n1/87-94/pt>
- Green, J. (2018). *Revolucionário e gay: a vida extraordinária de Herbert Daniel – pioneiro na luta pela democracia, diversidade e inclusão*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Heimann, L. S., Ibanhes, L. C., & Barboza, R. (Orgs.). (2005). *O Público e o Privado na Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Henriques, C. M. P., & Vasconcelos, W. (2020). Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Estudos Avançados*, 34(99), 25-44. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.003>
- Hur, D. U., Sandoval, S., & Dantas, B. S. A. (2014). Psicologia Política: Teorias e sociedade em transformação. In S. A. M. Sandoval, D. U. Hur & B. S. A. Dantas (Orgs.), *Psicologia Política: temas atuais de investigação* (pp. 5-11). Campinas: Alínea.

- Hur, D. U.; Sabucedo, J. M.; Alzate, M. (2021). Bolsonaro e Covid-19: Negacionismo, militarismo e neoliberalismo. *Psicologia Política*, 21(51), 550-569. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v21n51/v21n51a18.pdf>
- Ianni, A. M. Z., Spadacio, C., Barboza, R., Alves, O. S. F., Viana, S. D. L., & Rocha, A. T. (2014). Ciências Sociais e Humanas em Saúde na ABRASCO: a construção de um pensamento social em saúde. *Cadernos Saúde Pública*, 30(11), 2298-308.
- Instituto Butantan. (2021a). Vacinação contra Covid-19 no Brasil completa 1 ano com grande impacto da CoronaVac na redução de hospitalizações e mortes. Portal do Instituto Butantan, 17/01/2021. Recuperado de <https://butantan.gov.br/noticias/vacinacao-contra-covid-19-no-brasil-completa-1-ano-com-grande-impacto-da-coronavac-na-reducao-de-hospitalizacoes-e-mortes>
- Instituto Butantan. (2021b). Projeto S: imunização em Serrana faz casos de Covid-19 despencarem 80% e mortes, 95%. Portal do Instituto Butantan, 31/05/2021. Recuperado de <https://butantan.gov.br/noticias/projeto-s-imunizacao-em-serrana-faz-casos-de-covid-19-despencarem-80-e-mortes-95>
- International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, Ilga. (2019). *State-Sponsored Homophobia 2019*. Geneva: Ilga. Recuperado de https://ilga.org/downloads/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2019_light.pdf
- Laurindo-Teodorescu, L., & Teixeira, P. R. (2015a). *Histórias da Aids no Brasil: as respostas governamentais à epidemia de aids*. (v.1). Brasília: Ministério da Saúde.
- Laurindo-Teodorescu, L., & Teixeira, P. R. (2015b). *Histórias da Aids no Brasil: a sociedade civil se organiza pela luta contra a Aids*. (v.2). Brasília: Ministério da Saúde.
- Le Bon, G. (1921). *Psychologia Política e a Defesa do Social*. Rio de Janeiro: Garnier.
- Lima, D. M. A., Sá, T. S., & Pinheiro, A. A. A. (2012). Fóruns Comunitários: uma estratégia de construção participativa do desenvolvimento local. *Revista Psicologia Política*, 12(23), 59-70.

- Lima, N. T. (2022). Pandemia e interdisciplinaridade: desafios para a saúde coletiva. *Saúde debate*, 46(n.esp.), 9-24. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E601>
- Lima, C. F., Brito, M., Campos, E. A. de ., & Narchi, N. Z. (2022). Reflexões Acerca da Assistência à Saúde de Pessoas que Vivem com o HIV em Contexto de Restrição Orçamentária no Brasil. *Revista Gestão & Políticas Públicas*, 12(2), 308-325. Recuperado de <https://doi.org/10.11606/rgpp.v12i2.196461>
- Lima, N. T. (2023). Fim da Emergência: Em pronunciamento nacional, ministra da Saúde reforça a importância de intensificar a vacinação contra a Covid-19. Portal do Ministério da Saúde, 8/05/2023. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/maio/em-pronunciamento-nacional-ministra-da-saude-reforca-a-importancia-de-intensificar-a-vacinacao-contr-a-covid-19>
- Lindner, L. (2005). *ENONG - Encontro Nacional de ONG/AIDS: construção de sonhos e lutas*. Curitiba: L. Lindner.
- Lindner, L. (2006). AIDS e direitos humanos num perspectiva interdisciplinar: um relato de experiência comunitária. In S. M. de M. Padoin, C. C. de Paula, D. Schaurich, & V. A. da Fontoura (Orgs.), *Experiências Interdisciplinares em AIDS: Interfaces de uma epidemia* (pp. 385-395). Santa Maria: UFSM.
- MacRae, E. (1990). *A construção da igualdade: identidade sexual e política no Brasil da “Abertura”*. Campinas: UNICAMP.
- MacRae, E. (2018). Identidades homossexuais e movimentos sociais urbanos no Brasil da “Abertura”. In J. N. Green, R. Quinalha, M. Caetano & M. Fernandes (Orgs.), *História do Movimento LGBT no Brasil* (pp. 39-62). São Paulo: Alameda.
- Mann, J. (1989). Global AIDS into the 1990s. In *International Conference on AIDS V Montreal*. Geneva: World Health Organization.
- Mann, J. (1998). AIDS and Human Rights: where do we go from? *Health and Human Rights*, 3(1), 143-149.
- Mann, J., & Tarantola, D. (1996). (Orgs.). *AIDS in the world II*. New York: Oxford University Press.

- Matida, A. H. (2003). *Aids e Seus Múltiplos Ecos: Contribuições à Avaliação do Programa de Controle de DST/Aids no Estado do Rio de Janeiro* (Tese de Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- McCray, E., & Mermin, J. (2017). Dear Colleague: Information from CDC's Division of HIV/AIDS Prevention. Centers for Disease Control and Prevention, 27 set. 2017. Recuperado de <https://www.cdc.gov/hiv/library/dcl/dcl/092717.html>
- Mello, L., Brito, W., & Maroja, D. (2012). Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. *Cadernos Pagu*, 39, 403-429.
- Melucci, A. (1980). The new social movements: a theoretical approach. *Social Science Information*, 19(2), s/p.
- Melucci, A. (1988). Getting involved: identity and mobilization in social movements. *International Social Movements Research*, 1, s/p.
- Melucci, A. (2001). *A invenção do presente: Movimentos sociais nas sociedades complexas*. Petrópolis: Vozes.
- Minayo M. C. S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 1-12.
- Minayo, M. C. S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco.
- Ministério da Saúde. (2019). Nota Informativa nº 5/2019, de 15 de maio de 2019. Informa sobre o conceito do termo Indetectável = Intransmissível (I = I) para pessoas vivendo com HIV (PVHIV) que estejam em tratamento e com carga viral do HIV indetectável há pelo menos 6(seis) meses. Brasília: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Recuperado de file:///C:/Users/55119/Downloads/nota_informativa_5_2019_diahv_svs_ms-informa_sobre_o_conceito_do_termo_indetectavel.pdf
- Ministério da Saúde. (2022). *Boletim Epidemiológico HIV/Aids*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Recuperado de

[file:///C:/Users/renato.barboza/Downloads/Boletim_HIV_aids_%202022_internet_31.01.23%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/renato.barboza/Downloads/Boletim_HIV_aids_%202022_internet_31.01.23%20(1).pdf)

Ministério da Saúde. (2022). Nota Técnica nº 393/2022 - Recomendações atuais para vacinação contra a Covid-19 com vacinas de vetor viral, publicada em 31/12/2022. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/notas-tecnicas/2022/nota-tecnica-no-393-2022-cgpni-deidt-svs-ms/view>

Ministério da Saúde. (2023). Nota Técnica nº 30/2023 - Ampliação da recomendação da vacina COVID-19 bivalente como dose de reforço para todas as pessoas com 18 anos de idade ou mais, publicada em 24/04/2023. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis do Ministério da Saúde. Recuperado de <file:///C:/Users/55119/Downloads/SEI-MS%20-%200033151457%20-%20Nota%20T%C3%A9cnica.pdf>

Monteiro, A. L., & Villela, W. V. (2009). A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da ideia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. *Revista Psicologia Política*, 9(17), 25-45.

Montero, M. (2009). Para que psicologia política? *Revista Psicologia Política*, 9(18), 199-213.

Movimento Nacional de Cidadãs Posithivas, MNCP. (2007). *Carta de Princípios do Movimento Nacional de Cidadãs Posithivas*. Salvador: MNCP.

Nogueira-Martins, M. C. F., & Bógus, C. M. (2004). Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 44-57.

Organização Mundial da Saúde, OMS. (2011). Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Recuperado em 20 de setembro, 2018, de http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf

Paim, J. S. (2007). Saúde Coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 2521-2522.

- Paim, J. S. (2008). *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: Edufba, Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, 377(9779), 1778–1797.
- Paiva, F. S., Stralen, C. J. V., & Costa, P. H. A. (2014). Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 487-498.
- Paiva, V. S. F., & Garcia, M. R. V. (2022). Sofrimento Psicossocial e Sexualidade em Tempos de Covid-19 e de Ataque aos Direitos Humanos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 22(nesp.), 1239-1350. Recuperado de <https://doi.org/10.12957/epp.2022.71641>
- Paiva, V., Ayres J. R. C. M., Segurado, A. C., Lacerda, R., Silva, N. G., Silva M. H. et al. (2011). A sexualidade de Adolescentes Vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(10), 4199-4210.
- Paiva, V., Ferguson L., Aggleton P., Mane P., Kelly-Hanku, A., Giang, L. M. et al. (2015). The current state of play of research on the social, political and legal dimensions of HIV. *Cadernos Saúde Pública*, 31(3), 477-486.
- Paiva, V., Pupo, L. R., & Barboza, R. (2006). O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40(Supl.), 109-119. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/15.pdf>
- Parker, R. (1998). Teorias de intervenção e prevenção do HIV/Aids. In R. Parker & Terto Jr., V. (Orgs.), *Entre homens: homossexualidade e AIDS no Brasil* (pp. 101 – 109). Rio de Janeiro: ABIA.
- Parker, R. (2003). Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/Aids no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/Aids, 1982-1996. *Saúde debate*, 27, 8-49.
- Parker, R. (2015). O fim da AIDS? Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Publicado em 24/09/2015. Recuperado de <https://abiaids.org.br/o-fim-da-aids/28618>

- Parker, R., Galvão, J., & Bessa, M. S. (1999). *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: Editora 34.
- Paula, A. P. P. (2005). Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. *Revista de Administração de Empresas*, 45(1), 36-49.
- Pereira, A. J., & Nichiata, L. Y. I. (2011). A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3249-3257. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800024>
- Pereira, J. M. M. (2015). Continuidade, Ruptura ou Reciclagem? Uma análise do programa político do Banco Mundial após o Consenso de Washington. *Dados - Revista de Ciências Sociais*, 58(2), 461-498. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/00115258201550>
- Petrarca, F. R. (2015). A luta contra a Aids: uma causa, múltiplos saberes. *Revista Pós Ciências Sociais*, 12(23), 91-114. Recuperado de <https://doi.org/10.18764/2236-9473.v12n23p91-114>
- Prado, M. A. M. (2016). A dissipação da política no campo de estudos dos movimentos sociais. In D. U. Hur & F. Lacerda-Junior (Orgs.), *Psicologia, políticas e movimentos sociais* (pp. 58-73). Petrópolis: Vozes.
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, UNAIDS. (2021). *Estratégia Global para AIDS 2021-2026: Acabar com as desigualdades, acabar com a AIDS – Sumário Executivo*. Geneva: Switzerland. Recuperado de https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2022/06/2022_NovaEstrategia_SumarioExecutivo_PT_V3.pdf
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, UNAIDS. (2022). *Estatísticas Globais do HIV 2022*. Recuperado de https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2022/07/2022_07_27_Factsheet_PT.pdf
- Ramos, S. (2004). O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 1067-1078.
- Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS, RNP+Brasil. (2022). Carta Política da RNP+ Brasil para Equipe de Transição. Publicado em 28/11/2022.

Recuperado de <https://www.rnpvha.org.br/leia-a-carta-politica-da-rnpbrasil-para-equipe-de-transicao.html>

Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids, RNP+Brasil. (2023). Site oficial.

Recuperado de <https://www.rnpvha.org.br/>

Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., & Olaf Degen, et al. (2019). Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet*, 393, 2428–2438. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30418-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30418-0)

Rodríguez, M. L., Costa, M., & Sabucedo, J. M. (1993). Participación política. *Modelos teóricos*. Santiago de Compostela: Tórculo.

Sabucedo, J. M. (1996). *Psicología política*. Madrid: Síntesis.

Sabucedo, J. M. (1988). Participación política. In J. Seoane & Á. Rodríguez (Orgs.), *Psicología política* (pp. 85-97). Madrid: Pirámide.

Sabucedo, J. M. (1989). Factores psicosociales asociados a las formas de participación política institucional y no institucional. In M. Villareal (Org.), *Movimientos sociales* (pp. 193-208). San Sebastián, España: Servicio Editorial Universidad del País Vasco.

Sandoval, S. A. M. (2001). The Crisis of the Brazilian Labor Movement and the Emergence of Alternative Forms of Working-Class Contention in the 1990s. *Revista Psicologia Política*, 1(1), 173-195.

Sandoval, S., Dantas, B. S. A., & Ansara, S. (2014). Considerações históricas sobre a Psicologia Política. In S. A. M. Sandoval, D. U. Hur, & B. S. A. Dantas (Orgs.), *Psicologia Política: temas atuais de investigação* (pp. 13-24). Campinas: Alínea.

Sandoval, S. A. M. (2015). A Psicologia Política da crise do movimento sindical brasileiro nos anos 1990: Uma análise da consciência política num momento de desmobilização. In A. S. Silva & F. Corrêa (Orgs.), *No interstício das disciplinas: a psicologia política* (pp. 175-217). Curitiba: Prismas.

- Sandoval, S. A. M., & Silva, A. S. (2016). O modelo de análise da consciência política como contribuição para a Psicologia Política dos Movimentos Sociais. In D. U. Hur & F. Lacerda Junior (Orgs.), *Psicologia, políticas e movimentos sociais* (pp. 25-57). Petrópolis: Vozes.
- Sawaia, B. B. (2014). Identidade – uma ideologia separatista? In B. Sawaia (Org.), *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social* (pp. 121-129). Petrópolis: Vozes.
- Scarcelli, I., & Virgínia, J. (2011). O SUS como desafio para a formação em Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), 340-357.
- Scheffer, M., & Schraiber, L. B. (2017). Interface, vinte anos: a Saúde Coletiva em tempos difíceis. *Interface*, 21(62), 487- 491. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0288>
- Scherer-Warren, I. (2006). Das mobilizações às redes de movimentos sociais. *Sociedade e Estado*, 21(1), 109-130. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0102-69922006000100007>
- Silva, A. S. (2001). Consciência e participação política: uma abordagem Psicopolítica. *Interações*, VI(12), 69-90.
- Silva, A. S. (2006). *Marchando pelo arco-íris da Política: a parada do orgulho LGBT na construção da consciência coletiva dos movimentos LGBT no Brasil, Espanha e Portugal* (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Silva, A. S. (2007). A Identificação de Adversários, de Sentimentos Antagônicos e de (In)Eficácia Política na formação da Consciência Política no MST Paulista. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7(1), 105-126.
- Silva, A. S. (2008). *Luta, Resistência e Cidadania: uma análise Psicopolítica das paradas e movimentos LGBT*. Curitiba: Juruá.
- Silva, A. S. (2011). Memória, Consciência e Políticas Públicas: as Paradas do Orgulho LGBT e a construção de políticas públicas inclusivas. *Revista Electrónica de Psicología Política*, 9(27), 127-158. Recuperado de <http://www.psicopol.unsl.edu.ar/pdf/N77h.pdf>

- Silva, A. S. (2012a). A psicologia política no Brasil: lembranças e percursos sobre a constituição de um campo interdisciplinar. *Psicologia Política*, 12(25), 409-425.
- Silva, A. S. (2012b). *Psicologia Política, Movimentos Sociais e Políticas Públicas* (Tese de Livre Docência). Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Silva, A. S. (2015). A Psicologia Política: ser/estar nos interstícios das disciplinaridades. In A. S. Silva & F. Corrêa (Orgs.), *No interstício das disciplinaridades: a psicologia política* (pp. 13-38). Curitiba: Prismas.
- Silva, A. S., & Barboza, R. (2005). Diversidade sexual, gênero e exclusão social na produção da consciência política de travestis. *Athenea Digital*, 8, 27-49. Recuperado de <https://atheneadigital.net/article/view/n8-soares-barboza/218-pdf-pt>
- Silva, A. S., & Barboza, R. (2009). Exclusão social e Consciência Política: luta e militância de transgêneros no ENTLAIDS. *Cadernos CERU*, 20(1), 257-276.
- Simões, J. A., & Facchini, R. (2009). *Na trilha do arco-íris: do homossexual ao movimento LGBT*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.
- Sontag, S. (1989). *AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Souza, D. O. (2020). A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(Supl.1), 2469-2477. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11532020>
- Souza, T. R. P. (2017). Controle Social no Sistema Único de Saúde: sentidos da participação, poder político e Democracia Participativa – um estudo de caso na perspectiva da Psicologia Política. *Psicologia Política*, 17(38), 121-140. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2017000100009&lng=pt&tlng=pt.
- Starfield, B. (2002). *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco.

- Stralen, C. J. V., Lima, A. M. D., Sobrinho, D. F., Saraiva, L. E. S., Stralen, T. B. S., & Belisário, S. A. (2006). Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 621-632.
- Supremo Tribunal Federal. (2019, 13 junho). STF enquadra homofobia e transfobia como crimes de racismo ao reconhecer omissão legislativa. Recuperado de <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=414010>
- Teixeira, P. R. (1997). Políticas públicas em AIDS. In R. Parker (Org.), *Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil* (pp. 143-68). Rio de Janeiro: Jorge Zahar: ABIA.
- The Lancet. (2020). COVID-19 in Brazil: “So what?”. *Lancet*, (395) 1461. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31095-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31095-3)
- Tilly, C. (1995). Contentious repertoires in Great Britain, 1758 - 1834. In M. Traugott (Org.), *Repertoires and cycles of collective action* (pp. 15-42). Durham, NC: Duke University Press.
- Tosi, G. (2016). *10 lições sobre Bobbio*. Petrópolis: Vozes.
- Universo Online. (2021). Mandetta, Teich, Pazuello e Queiroga: os 4 ministros da Saúde da pandemia. Publicado em 16/03/2021. Recuperado de <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/03/15/mandetta-teich-pazuello-e-queiroga-os-4-ministros-da-saude-da-pandemia.htm>
- Verba, S., Schlozman, K. L., & Brady, H. E. (1995). *Voice and equality: civic voluntarism in American politics*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Vergili, G. E., Brasil, F. G., & Capella, A. C. N. (2015). Institucionalização e Descentralização do Movimento LGBT no Brasil. *Psicologia Política*, 15(34), 563-585.
- Viana, A. L. d'Ávila, Rocha, J. S. Y., Elias, P. E., Ibañez, N., & Novaes, M. H. D. (2006). Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 577-606.

- Vote LGBT+ & Box 184. (2020). Diagnóstico LGBT+ na Pandemia - Desafios da comunidade LGBT+ no contexto de isolamento social em enfrentamento à pandemia de coronavírus. Recuperado de https://static1.squarespace.com/static/5b310b91af2096e89a5bc1f5/t/5ef78351fb8ae15cc0e0b5a3/1593279420604/%5Bvote+lgbt+%2B+box1824%5D+diagno%CC%81stico+LGBT%2B+na+pandemia_completo.pdf
- World Health Organization. (2016). *Global Health Sector Strategy on HIV 2016 – 2021: Towards Ending AIDS*. World Health Organization: Geneva. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246178>
- World Health Organization. (2020a). *The top 10 causes of death*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- World Health Organization. (2020b). Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). 30 January 2020. Geneva, Switzerland. Recuperado de [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
- World Health Organization. (2020c). 1st WHO Infodemiology Conference. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/06/30/default-calendar/1st-who-infodemiology-conference>
- World Health Organization. (2023a). COVID-19 Weekly Epidemiological Update. Edition 138, published 13 April 2023. Geneva, Switzerland. Recuperado de file:///C:/Users/55119/Downloads/20230413_Weekly_Epi_Update_138.pdf
- World Health Organization. (2023b). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Recuperado de <https://covid19.who.int/>
- World Health Organization. (2023c). Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic. Published 5 May

2023. Recuperado de [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)

Zucchi, E. M., Paiva, V. S. F., & França-Junior, I. (2013). Intervenções para Reduzir o Estigma da Aids no Brasil: uma Revisão Crítica. *Temas em Psicologia*, 21(3), 1067-1087. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.3-EE15PT>

APÊNDICE A

Roteiro de Entrevista

I – Identificação e inserção institucional do(a) entrevistado(a)

Nome: _____

Instituição atual: _____

Idade: _____

Cor autodeclarada: _____

Orientação sexual autodeclarada: _____

Grau de escolaridade: _____

Graduação/Curso: _____

Pós-Graduação/Área: _____

Ano de ingresso no movimento de Aids: _____

Ano de ingresso no movimento LGBT: _____

Participação atual e anterior em colegiados do SUS:

Participação atual e anterior em Comitês Técnico-Políticos no campo da Aids:

Participação atual e anterior em Comitês Técnico-Políticos no campo LGBT:

Atualmente exerce outra atividade profissional além da militância?

Sim Não

Qual?

Em que setor?

Público Privado Terceiro Setor

Atualmente participa de outro(s) movimento(s) social(ais)?

Sim Não

Qual(ais)?

Há conexões entre esses movimentos?

Sim

Não

Quais?

II- Inserção no movimento de Aids e/ou LGBT [Identidade coletiva; crenças/valores e expectativas; sentimentos de justiça e injustiça]

Como foi a sua entrada no movimento social de Aids e/ou LGBT?

Quais foram as suas motivações para ingressar e permanecer nesse movimento?

Nesse percurso, quais as principais dificuldades que você enfrentou como ativista?

Na sua percepção, quais foram as principais conquistas na sua atuação como ativista?

Qual o seu sentimento em relação ao ativismo no período que você ingressou e hoje?

Como você vê o processo de profissionalização do movimento?

Antes do advento da Aids nós tínhamos o movimento pela liberação homossexual.

Na sua opinião como a Aids impactou os movimentos pelos direitos homossexuais?

III – Interesses antagônicos e adversários

Na sua opinião quais foram e quem são os principais adversários hoje do movimento de Aids e/ou LGBT?

Nessa trajetória, você acha que tiveram adversários dentro do movimento? Poderia comentar como foram as suas relações com esses adversários?

E hoje, você acha que tem adversários? Como você lida com essas situações?

Na sua opinião quem são os adversários externos do movimento? Por que eles são considerados adversários?

Como você acha que o movimento se relaciona com esses adversários externos?

Como você observa a relação entre o movimento Aids e/ou LGBT e o Estado?

Desde que a Aids entrou na agenda do Estado, como você avalia a atuação dos governos (federal, estadual e municipal)?

IV- Eficácia política

Você poderia destacar na sua trajetória, três ações exitosas do movimento de Aids e/ou LGBT?

Na sua opinião, por que elas foram exitosas?

Quando você entrou no movimento quais eram as prioridades naquele momento?

E hoje, quais são essas prioridades? Por que?

Qual o seu balanço sobre o controle social da política de Aids e/ou LGBT?

Quais os acertos e os erros do movimento social nessa questão?

Pensando nas prioridades que você destacou, quais seriam hoje as interfaces necessárias entre o movimento social de Aids e/ou LGBT e o Estado?

Quais são as dificuldades para que essa interface aconteça de fato?

Você acha que existem conflitos entre as diferentes gerações do movimento? Por que?

Como você vê hoje o processo de renovação das lideranças do movimento de Aids e/ou LGBT?

No cenário atual de maior conservadorismo no país, como você avalia a sustentabilidade do movimento e das políticas públicas de Aids e/ou LGBT conquistadas nas últimas décadas?

De forma geral, como você percebe as mudanças políticas, culturais e tecnológicas, etc nessas quatro décadas da Aids? (explorar indetectável = intransmissível)

V- Encerramento da entrevista

Pensando na sua trajetória como ativista, o que é para você consciência política?

APÊNDICE B

USP- INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ativismo, Consciência e Participação Política: uma leitura psicopolítica do Movimento Social de Aids no Eixo São Paulo-Rio de Janeiro

Pesquisador: Renato Barboza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22146819.8.0000.5561

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.626.012

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa de doutorado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia da USP. O estudo enfoca o processo de produção da consciência política dos ativistas do movimento social de Aids no eixo São Paulo – Rio de Janeiro, no período de 1980 a 2020. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, retrospectivo, transversal de abordagem qualitativa. A coleta dos dados será baseada em fontes documentais e analisará as deliberações dos Encontros Nacionais de ONGs/Aids (ENONG), coordenados pelos Fóruns Estaduais de ONGs/Aids de São Paulo e do Rio de Janeiro; e na condução de 14 entrevistas em profundidade com os ativistas do movimento social de Aids paulista e fluminense. As entrevistas serão gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo e as fontes documentais serão analisadas conforme a modalidade temática. Os dados das entrevistas serão analisados à luz do referencial teórico-metodológico ancorado no Modelo dos Estudos da Consciência Política desenvolvido por Salvador Sandoval no campo da Psicologia Política e as categorias analíticas psicossociais serão baseadas nas sete dimensões da consciência política.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Analisar o processo de produção da consciência política dos ativistas do movimento social de Aids no eixo São Paulo – Rio de Janeiro, no período de 1980 a 2020, de modo a compreender como a

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco G - Sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

Continuação do Parecer: 3.626.012

participação política incidu nas políticas públicas de Aids.

Objetivos específicos

1. Revisar o cenário da descoberta da Aids no período da ditadura militar e da redemocratização do Brasil no que tange à organização do movimento homossexual e a emergência do movimento de Aids;
2. Identificar os atores centrais do movimento social de Aids nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro com vistas à análise da produção da consciência política nas diferentes gerações desse movimento;
3. Caracterizar e analisar o movimento social de Aids nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro e a relação destes com os governos;
4. Identificar e analisar os avanços, as lacunas e as potências na trajetória do movimento social de Aids quanto à eficácia política da participação e do controle social no Sistema Único de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Menciona-se a possibilidade de a entrevista com duração aproximada de 1 hora ocasionar cansaço, constrangimento ou desconforto ao participante em função de algumas perguntas sobre a experiência como ativista. Caso isso ocorra, a entrevista será interrompida e assegurada ao participante que não haverá qualquer tipo de penalização ou prejuízo. Se o mesmo achar necessário, o pesquisador poderá encaminhá-lo para um serviço de apoio psicológico na rede pública de saúde.

Benefícios: A pesquisa não tem um benefício direto ao participante, mas poderá contribuir para a produção de conhecimento científico sobre o ativismo e a participação social no campo da Aids e/ou LGBT, quanto ao exercício do controle social da política de Aids no SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem delineada e fundamentada com justificativa apropriada sobre tema relevante para área de conhecimento sobre o processo de produção da consciência política dos ativistas de movimentos sociais. Os participantes serão selecionados entre os ativistas dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, visto que nesses estados foram implementadas as primeiras ações voltadas à incidência política no campo das lutas dos movimentos homossexual e de combate ao HIV/Aids do país. As entrevistas serão baseadas em um roteiro previamente definido, o qual será submetido

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco G - Sala 27
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-030
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-4182 **E-mail:** ceph.ip@usp.br

Continuação do Parecer: 3.626.012

a um pré-teste. Serão considerados elegíveis para as entrevistas, os participantes que desempenharem papéis ou funções como: a) Ativistas de diferentes gerações, vinculados às ONGs/Aids formalmente constituídas e atuantes nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro; b) Presidentes ou ex-presidentes dos Fóruns de ONGs/Aids dos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro; c) Ativistas de Redes de Pessoas Vivendo com HIV e Aids, incluindo as Redes de Cidadãs Positivas e de Jovens atuantes nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro; d) Maiores de 18 anos de idade. Os participantes elegíveis serão convidados pelo pesquisador por e-mail e/ou telefone e as entrevistas serão realizadas em local privado, definido pelos ativistas contatados. As fontes documentais compreendem as deliberações das seis edições dos Encontros Nacionais de ONGs/Aids (ENONG), cinco realizados em São Paulo nos anos 1990, 1991, 1996, 2003, 2009 e 2019; e um no Rio de Janeiro em 2009. O material identificado será submetido à análise de conteúdo, conforme Minayo (2004). As narrativas obtidas por meio das entrevistas com os ativistas serão analisadas segundo categorias definidas a priori, ancoradas nas sete dimensões da consciência em consonância ao "Modelo Analítico da Consciência Política", sistematizado por Sandoval (2001, 2015, 2016) a saber: 1. Identidade Coletiva; 2. Crenças, Valores e Expectativas sobre a Sociedade; 3. Interesses Coletivos; 4. Eficácia Política; 5. Sentimentos com Respeito aos Adversários; 6. Vontade de Agir Coletivamente; 7. Metas e Repertórios de Ações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A documentação apresentada atende as especificações da Resolução nº 466/2012.

O cronograma de execução indica início da coleta de dados em dezembro de 2019 e término da pesquisa em fevereiro em 2021.

Orçamento financeiro previsto de R\$ 17.500,00.

O TCLE destinado aos ativistas está elaborado em forma de convite e contém as informações exigidas na Resolução nº 466/2012.

Falta informar no TCLE o local e a duração do armazenamento dos dados decorrentes da entrevista.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está aprovado.

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco G - Sala 27
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-030
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-4182 **E-mail:** ceph.ip@usp.br

Continuação do Parecer: 3.626.012

Incluir no TCLE o local e a duração do armazenamento dos dados decorrentes da entrevista, notificando-a na Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1442649.pdf	26/09/2019 17:04:48		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	26/09/2019 17:01:49	Renato Barboza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Pesquisador.pdf	26/09/2019 16:08:36	Renato Barboza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Infraestrutura.pdf	26/09/2019 11:34:43	Renato Barboza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ativistas.docx	26/09/2019 11:31:50	Renato Barboza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo_CEP.docx	26/09/2019 11:31:23	Renato Barboza	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista.docx	26/09/2019 04:50:40	Renato Barboza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 07 de Outubro de 2019

Assinado por:

Jose de Oliveira Siqueira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco G - Sala 27
Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-030
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3091-4182 E-mail: cep@usp.br

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o(a) Sr.(a) para participar da pesquisa “Ativismo, Consciência e Participação Política: uma leitura psicopolítica do Movimento Social de Aids no Eixo São Paulo - Rio de Janeiro”, desenvolvida pelo doutorando Renato Barboza do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, sob orientação do Prof. Dr. Alessandro Soares da Silva.

A pesquisa tem por objetivo, analisar o processo de produção da consciência política dos ativistas do movimento social de Aids e/ou LGBT, no período de 1980 a 2020, de modo a compreender a contribuição da participação política para as políticas públicas de Aids.

A sua participação é voluntária e consiste em uma entrevista que será gravada em áudio, realizada em local reservado de sua escolha, com duração aproximada de 1 hora. É possível que o(a) Sr.(a) se sinta cansado, constrangido ou desconfortável ao responder algumas perguntas que o(a) farão lembrar da sua experiência como ativista. Caso isso ocorra, comunique ao pesquisador, o qual interromperá a entrevista. Em nenhum momento o(a) Sr.(a) precisará responder perguntas que não queira e, caso deseje, poderá interromper a entrevista, sem qualquer tipo de penalização. Se o(a) Sr.(a) achar necessário, poderá ser encaminhado para um serviço de apoio psicológico da rede pública de saúde. Essa pesquisa não tem benefício direto para o(a) Sr.(a), mas a sua participação poderá ampliar o conhecimento sobre o ativismo social no campo da Aids e/ou LGBT.

O(A) Sr.(a) tem total liberdade de se recusar a participar do estudo, ou de retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer tipo de prejuízo. A sua identidade será preservada e o seu nome não será divulgado em nenhuma etapa do estudo. Será garantido o anonimato e a confidencialidade de todas as informações fornecidas ao pesquisador. Os resultados deste estudo poderão ser apresentados pelo pesquisador em congressos e/ou publicados em revistas científicas, assegurando sempre, o seu anonimato e privacidade.

Caso haja alguma despesa relacionada à sua participação na pesquisa, o(a) Sr.(a) será ressarcido(a) pelo pesquisador. Informamos que, em caso de eventuais danos decorrentes da sua participação na pesquisa, o(a) Sr(a) poderá ser indenizado.

Em qualquer momento, o(a) Sr.(a) poderá ter acesso ao pesquisador responsável para esclarecimento de dúvidas. O pesquisador Renato Barboza poderá ser contatado no Programa de Pós-graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, no endereço Av. Prof. Mello Moraes, 1.721, bloco A, sala 105 - Cidade Universitária – São Paulo - SP – CEP 05508-030, telefone: (11)3091-4184, e-mail renatobarboza@usp.br

Caso o(a) Sr.(a) tenha alguma consideração ou dúvida sobre os procedimentos éticos dessa pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, no endereço Av. Prof. Mello Moraes, 1.721, bloco G, sala 27 - Cidade Universitária – São Paulo - SP – CEP 05508-030, telefone: (11)3091-4182, e-mail ceph.ip@usp.br

O presente termo de consentimento foi elaborado em duas vias. Caso concorde em participar da pesquisa, solicito que o(a) Sr.(a) rubriche todas as páginas e assine as duas vias, sendo que uma via assinada e rubricada pelo pesquisador ficará consigo e a outra com o pesquisador.

As informações fornecidas pelo(a) Sr.(a) serão utilizadas somente para o desenvolvimento da tese de doutorado do pesquisador e o mesmo assegura que os dados coletados por meio das gravações em áudios e as respectivas transcrições das entrevistas serão armazenados em computador pessoal e com senha de acesso de uso exclusivo, durante cinco anos.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, definidas pelo Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador

Data: __/__/__