

Seminário de Capacitação em HIV :
Aprimorando o Debate III

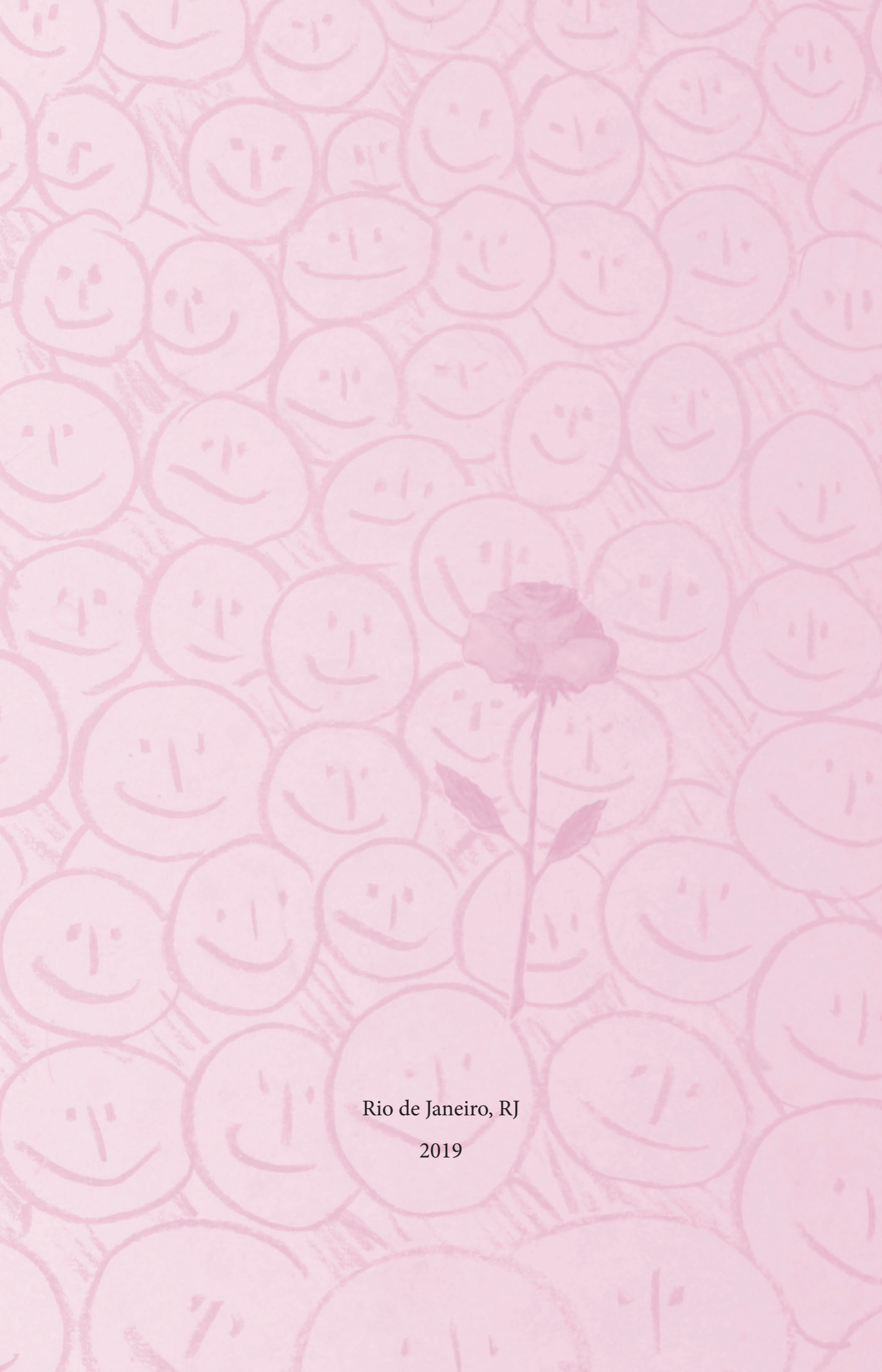
Prevenção do HIV e da Aids:
a história que não se conta/
a história que não te contam

Gabriela Calazans



ABIA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
INTERDISCIPLINAR DE AIDS



Rio de Janeiro, RJ

2019



Apresentação


O Projeto Aprimorando o Debate III, realizado pela ABIA, prevê a organização de quatro seminários de capacitação nas regiões Sul e Sudeste do Brasil no ano de 2019. O objetivo é estimular e aprimorar o conhecimento multi-setorial e multidisciplinar sobre vários aspectos da epidemia do HIV e da AIDS no país por meio do envolvimento de setores governamentais, acadêmico e também da sociedade civil organizada.

Os quatro seminários previstos no Projeto Aprimorando o Debate III têm a missão de abordar temas como mobilização, participação social e sustentabilidade das ONGs; estigma, discriminação, pânico moral e violência estrutural; prevenção, redução de danos e sexo mais seguro; assistência e acesso aos medicamentos.

Esta publicação oferece uma contribuição sobre a conjuntura que reúne “Prevenção das ISTs/AIDS: Novos Desafios na Quarta Década da Epidemia” e que foi tema do 3º Seminário de Capacitação em HIV realizado no Rio de Janeiro. O texto foi elaborado por Gabriela Calazans, autora da tese de doutorado “Prevenção do HIV e da AIDS: a história que não se conta/ a história que não te contam” (Faculdade de Medicina/Universidade de São Paulo - USP). Calazans tem longa experiência com o tema da prevenção e com a execução de projetos governamentais e não-governamentais.

Ao convidar Gabriela Calazans para assinar esta publicação, a ABIA reforça o caráter formativo deste projeto e oferece uma leitura do ponto de vista conceitual e metodológico sobre a história da prevenção do HIV e da AIDS no país.

Boa Leitura!



Prevenção do HIV e da Aids: a história que não se conta / a história que não te contam

Gabriela Calazans¹

As discussões mais recentes sobre prevenção costumam focar-se no que se convencionou nomear como tecnologias biomédicas de prevenção. Predominantemente, naquelas em que se adota o uso de antirretrovirais como estratégia de prevenção da infecção pelo HIV entre pessoas soronegativas para o vírus, tais como a profilaxia pré-exposição^{2,3} (PrEP) ou a profilaxia pós-exposição⁴ (PEP). A proposição de tais tecnologias tem se dado no contexto da adoção de uma abordagem da prevenção chamada “prevenção combinada” (BRASIL, 2017b). O que foi nomeado pela coordenação do programa nacional de aids (PNA) como um novo paradigma da prevenção, não sem críticas de parceiros na universidade e na sociedade civil organizada⁵.

Este texto se propõe como um dispositivo de diálogo intergeracional acerca das respostas preventivas ao HIV e à aids. Foi elaborado como um texto preparatório ao 3º Seminário de Capacitação do projeto Aprimorando o Debate III, que ocorreu nos dias 26, 27 e 28 de junho no Rio de Janeiro. Organizado pela Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA)⁶ e voltado a participação de

¹ Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, NEPAIDS-USP.


² A PrEP consiste na tomada diária de um comprimido que conjuga dois antirretrovirais, que impedem a infecção pelo HIV entre pessoas soronegativas para o vírus.

³ <https://epoca.globo.com/saude/noticia/2018/03/o-novo-azulzinho.html>

⁴ A PEP consiste no uso de medicamentos antirretrovirais, tomados por um período de 28 dias consecutivos, por pessoas sabidamente soronegativas, com vistas a evitar a infecção, quando houver possível ou sabida exposição ao vírus.

⁵ Por ocasião da elaboração do documento de diretrizes “Prevenção Combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde” (BRASIL, 2017b), o PNA submeteu-o à consulta pública e alguns pesquisadores da equipe do projeto Combina! enviaram uma longa contribuição crítica ao mesmo, posteriormente subscrita por NEPAIDS, ABIA e GIV e encaminhada aos integrantes do Grupo de Trabalho de Prevenção e à direção do PNA. Nesta, questionava-se, entre outros aspectos, o entendimento de que a prevenção combinada se configure como um novo paradigma para a prevenção, aproximando-se mais de um modelo ou “abordagem de prevenção que se baseia nos conceitos de risco e de vulnerabilidade e que propõe a conjugação de todas as tecnologias reconhecidamente eficazes para o enfrentamento da epidemia de aids” (CALAZANS, FERRAZ E PINHEIRO, 2017). Isso porque tal proposição “não muda as bases da prevenção, apenas as complementa”.

⁶ A ABIA foi fundada em 1987 pelo sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, e pelo médico Walter Almeida. Tem como “missão atuar no enfrentamento da epidemia de HIV e AIDS a partir da perspectiva dos direitos humanos, com base nos princípios da solidariedade, da justiça social e da democracia”, configurando-se em um “observatório crítico dos determinantes sociais da epidemia de HIV e da AIDS e das respostas políticas e mobilizações coletivas no contexto nacional e internacional”. Disponível em: <http://abiadays.org.br/> [acesso em 12.ago.2019].




gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e representantes de ONGs, redes e movimentos que atuam com a pauta do HIV e da AIDS. O público desse Seminário teve presença marcante de jovens, mas também contou com participantes de diferentes gerações do campo da aids, configurando-se como um rico encontro entre gerações. Busco apresentar ao debate uma reflexão histórica sobre o campo da prevenção para pessoas chegadas ao campo na última década, produto de alguém que já está há algum tempo em tal campo e que o tem tomado como seu objeto de estudo (CALAZANS, 2018; CALAZANS, PINHEIRO e AYRES, 2018).

Para tanto, trato aqui da resposta brasileira à epidemia de HIV e de aids, compreendendo que tais respostas se configuram como respostas coletivas que se constroem na articulação entre políticas governamentais, ações da sociedade civil organizada e das universidades. O chamado “campo da aids” (PARKER, 1997; CÂMARA, 2002) é tradicionalmente compreendido no Brasil como as respostas coletivas produzidas articuladamente entre sociedade civil, governo e universidade. Compreendendo que a sociedade civil é composta pelos movimento de aids, cujos atores principais são as pessoas vivendo com HIV e aids (PVHA) e pessoas afetadas, e outros movimentos sociais de pessoas dos grupos mais afetados pela epidemia de HIV e de aids – gays, bissexuais e outros grupos marcados pela diversidade de identidades e expressões sexuais não-convencionais; travestis, transexuais e outras pessoas e grupos marcados pela diversidade de expressões de gênero não-convencionais; trabalhadores sexuais; usuários de drogas e defensores da abordagem de redução de danos (RD) – o governo é entendido como gestores e trabalhadores de serviços dos setores governamentais; e a universidade é compreendida como pesquisadores e professores engajados na produção de conhecimentos, em diversas áreas, sobre o campo. É fundamental, para a compreensão do campo reconhecer a circulação dos atores em seu interior, seu engajamento em diferentes momentos dessa resposta, com diferentes pressões e temporalidades diversas, bem como experimentando implicações distintas das diferentes respostas político-institucionais ali produzidas.

É central, para a compreensão do contexto social e político do surgimento da epidemia de aids no Brasil, reconhecer que as primeiras respostas aconteceram tendo como cenário o processo de redemocratização do país, em um momento de transição da ditadura civil-militar, iniciada em 1964 e encerrada em 1985, para o período democrático (PARKER e cols. 2018; CALAZANS, 2018).

A emergência da aids no Brasil se deu por meio da imprensa em um contexto de sensacionalismo, o que gerou alarde e pânico na comunidade homossexual, grupo fortemente marcado pelas primeiras notícias acerca da doença (GALVÃO, 2000). É assim que se pode compreender que a primeira expressão de



uma demanda social por que se organizasse no Brasil uma resposta político-institucional à aids se deu pela cobrança feita por ativistas dos grupos homossexuais paulistanos Somos⁷ e Outra Coisa⁸ à Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) de São Paulo no ano de 1983 (TEIXEIRA, 1997; GALVÃO, 2000; GRANGEIRO e cols., 2009; CALAZANS, 2018). Um antecedente importante a tal iniciativa foi a incipiente organização do que se chamou, no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, o movimento homossexual brasileiro. Movimento que teve duas importantes marcas: uma postura de politização da homossexualidade, a partir de uma perspectiva libertária, e um processo gradual de cidadanização voltado à despatologização da homossexualidade, à conquista de direitos civis e ao combate da discriminação e da violência contra homossexuais (SIMÕES e FACCHINI, 2009; CARRARA, 2016).

O acolhimento da demanda social foi imediato, mobilizando a organização de um grupo de trabalho que elaborou um documento técnico delineando diretrizes e ações a serem implementadas. Assim como, o direcionamento de um serviço e a organização embrionária de um primeiro programa governamental local que inspirou outros em todo o país, enquanto não se organizava sua contrapartida nacional, o que só ocorreu entre os anos de 1985 e 1988 (TEIXEIRA, 1997; PARKER, 1997; GALVÃO, 2000; GRANGEIRO e cols., 2009; LAURINDO-TEODORESCU e TEIXEIRA, 2015, p. 25-51). As primeiras respostas à epidemia de aids foram inspiradas, no âmbito governamental e das políticas de saúde, pelo movimento da Reforma Sanitária. Movimento amplo que tinha a universidade como base, mas articulava ainda movimentos dos médicos, movimento estudantil e movimentos populares de saúde, bem como outras organizações da sociedade civil. Seus princípios centrais eram: a saúde como direito universal de todo cidadão; a determinação intersetorial da saúde; a regulação do mercado de saúde pelo Estado; a instituição de um sistema de saúde regido pelas diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização, assim como pela participação popular e pelo controle democrático; e, sobretudo, a necessidade de integração entre ações curativas e preventivas, de forma a romper com a cisão entre saúde previdenciária e saúde pública (CEBES, 1980; PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

Há grande consenso de que as referências éticas e políticas para o estabelecimento dos programas brasileiros de aids foram definidas nesse momento sob a influência do movimento sanitário, do movimento pela democratização do

⁷ Considerado o primeiro grupo organizado do movimento homossexual brasileiro, fundado em São Paulo em 1978 e identificado, nos estudos sobre o movimento homossexual no Brasil, à sua primeira onda (SIMÕES e FACCHINI, 2009).

⁸ Dissidência do grupo Somos, inicialmente nomeado Grupo de Ação Homossexualista, posteriormente denominado Outra Coisa (SIMÕES e FACCHINI, 2009).



país e contra a ditadura, com forte ênfase na promoção e proteção dos direitos de cidadania daqueles que integravam os grupos afetados pela aids – dentre eles, os homossexuais, as prostitutas, os michês e as travestis envolvidas com o trabalho sexual, e os usuários de drogas. Também foi central o reconhecimento do caráter político e valorativo intrínseco à ação em saúde. (PARKER e cols. 2018; CALAZANS, 2018)

As primeiras respostas comunitárias, individuais e coletivas, à aids no Brasil foram dadas por grupos e pessoas vinculados ao movimento homossexual. Após um breve período de resistências marcado pela desconfiança e o temor de que a aids viesse a comprometer as conquistas sociais e culturais recentes em relação à homossexualidade como identidade coletiva, gradualmente mais e mais pessoas passaram a se preocupar com a aids no âmbito do movimento homossexual e a constituir iniciativas variadas de assistência e cuidado aos doentes e de prevenção voltada à comunidade (GALVÃO, 2000; SIMÕES e FACCHINI, 2009; CÂMARA, 2015).

A primeira ação de prevenção de que se tem notícia no Brasil foi uma ação de base comunitária do grupo homossexual Outra Coisa que envolveu a produção e a distribuição de material informativo sobre aids em espaços de sociabilidade homossexual, em São Paulo já em 1983, focando-se na disseminação de informações e de um alerta à comunidade sobre a aids (PERLONGHER, 1987, p. 51; GALVÃO, 2000, p. 56-7; GRANGEIRO e cols., 2009, p. 90). Outras ações semelhantes foram desenvolvidas por outros grupos, como o Grupo Gay da Bahia (GGB)⁹, em Salvador, e o Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA-SP)¹⁰, também em São Paulo (PINHEIRO, 2015).

Até o final dos anos 1980, a ênfase das ações de prevenção se deu sob a lógica do sexo seguro e da proposição de práticas sexuais mais seguras, mantendo a positividade do sexo e do prazer em diálogo estreito com o universo singular das práticas sexuais dos homossexuais. O que incluía a adoção do preservativo, mas

⁹ Organização não governamental (ONG) voltada para a defesa dos direitos dos homossexuais no Brasil fundada em 1980 e identificada, nos estudos sobre o movimento homossexual no Brasil, com sua segunda onda (SIMÕES e FACCHINI, 2009). É a mais antiga organização LGBT em atividade no Brasil.

¹⁰ O GAPA-SP é tido como a primeira ONG voltada especificamente à aids no Brasil e na América Latina, fundada em 1985. Reuniu entre seus fundadores militantes homossexuais que haviam atuado no Somos e em outros grupos da cidade de São Paulo e funcionários da SES-SP, entre outros (Teixeira, 1997; Galvão, 2000; Simões e Facchini, 2009; Laurindo-Teodorescu e Teixeira, 2015, v. 2). Posteriormente, várias ONG/Aids no país formaram-se tendo o GAPA/SP como modelo e vieram a integrar a Rede GAPA, mantendo atividades autônomas e independentes, mas compartilhando o nome, como foi o caso dos GAPA-MG (1987), GAPA-RJ (1987), GAPA-PR (1987), GAPA-SC (1987), GAPA-TA (Taubaté, 1987), GAPA-BS (Baixada Santista, 1988), GAPA-RP (Ribeirão Preto, 1988), GAPA-RS (1989), GAPA-CE (1989), GAPA-IT (Itabuna, 1989), GAPA-SJC (São José dos Campos, 1989), GAPA-SE e GAPA-DF (1991) (CONTRERA, 2000).



também de práticas sexuais não-penetrativas, como o sexo oral e a masturbação compartilhada (PINHEIRO, 2015; CALAZANS, 2018).


Havia certo tensionamento, para alguns grupos, entre responder à demanda por focalização da prevenção e às especificidades dos homossexuais e o temor de que fortalecer a associação entre comunidade homossexual e a aids pudesse vir a reforçar a estigmatização e a discriminação do grupo. Assim como, alguns criticavam a realização dos testes anti-HIV por se configurar em uma tecnologia de classificação que distinguia infectados de não-infectados, demarcando uma diferença no interior da comunidade (CALAZANS, 2018).

Datou de 1989, o surgimento das primeiras organizações de pessoas vivendo com HIV e aids (PVHA), a primeira delas foi o Grupo Pela Vidda — Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids¹¹ — do Rio de Janeiro. Iniciativa que possibilitou a valorização e a agência dos soropositivos e a constituição de sua resposta coletiva, fortemente ancorada na noção de solidariedade. Trouxe, assim, à cena as pessoas soropositivas para a infecção pelo HIV (DANIEL, 2018; DANIEL e PARKER, 2018; CALAZANS, 2018).

Na segunda metade dos anos 1980, surgiu outro ator em cena no campo da aids: os usuários de drogas injetáveis (UDI). Um grupo fortemente discriminado e julgado moralmente, seja pela ilicitude das substâncias psicoativas, seja pela atribuição de sentidos de lassidão moral associados ao uso de drogas. Ocorreu, assim, uma expansão do campo da aids para uma outra rede de atores, articulados sob os discursos da redução de danos. Tais discursos compartilhavam dos valores de defesa dos direitos dos grupos afetados, do respeito à autonomia individual buscando afastar-se dos julgamentos morais. A base deste contradiscurso também se articulava, como no caso da defesa da liberdade sexual, aos valores representados pela contracultura (CALAZANS, 2018).

Começou a se configurar neste momento uma política preventiva fundada na lógica da redução de danos, que tem como objetivo minimizar riscos e danos relacionados ao consumo de drogas, mesmo que os usuários não queiram ou não consigam interromper o uso (INGLEZ-DIAS e cols., 2014). A ênfase de tal perspectiva é na prevenção dos danos – a infecção pelo HIV como um deles – e não na prevenção do uso de drogas; bem como, nas pessoas usuárias e não nas

¹¹ Grupo Pela Vidda fundado originalmente no Rio de Janeiro, em 1989, por Herbert Daniel, constituiu-se no primeiro grupo fundado no Brasil por pessoas vivendo com HIV e aids, seus amigos e familiares, integrando em sua diretoria pessoas soropositivas e soronegativas. Posteriormente, outros grupos Pela Vidda foram fundados em São Paulo, Niterói, Espírito Santo, Goiânia e Paraná.




drogas consumidas¹². Apesar das dificuldades enfrentadas, como a repressão policial aos agentes públicos, houve abertura para a implantação de políticas ousadas, que chegaram a ser legalizadas e implantadas nacionalmente por municípios, estados e governo federal, como a garantia da troca de seringas e agulhas usadas por novas e estéreis. Incluem-se, ainda, dentre as ações preconizadas a serem realizadas de forma integrada, a oferta de tratamento para dependência e doenças clínicas, vacinação e distribuição de material educativo, preservativos e kits para injeção mais segura.

A transmissão do HIV por meio de doações de sangue também foi um importante desafio colocado ao campo da aids e da prevenção. O surgimento dos primeiros casos no cenário internacional já despertou as preocupações, tão logo surgiram os primeiros casos de aids transfusional no Brasil, surgiu uma enorme mobilização da sociedade civil (SANTOS, MORAES e COELHO, 1992). Chegaram, assim, à cena do campo da aids, os hemofílicos. Os casos mais famosos são os de personalidades como o cartunista Henfil, Henrique de Sousa Filho, e seus irmãos, o sociólogo Herbert José de Sousa, o Betinho, fundador da ABIA, e o músico Chico Mário – todos hemofílicos precisavam de doações frequentes de derivados do sangue. Até aquele momento, era comum a compra de sangue e de hemoderivados de bancos de sangue particulares para o uso em hospitais públicos e conveniados à Previdência Social (SANTOS, MORAES e COELHO, 1994). Havia relatos frequentes de casos de Doença de Chagas e hepatites B e C transfusionais, mas as diferentes medidas propostas não se efetivaram. Atribuiu-se à aids, a forte politização da discussão sobre o sangue (SANTOS, MORAES e COELHO, 1992). Diversos segmentos sociais participaram de intensos debates sobre o controle da política de sangue e sua organização no país, mobilizando campanhas tais como a que afirmava que “Sangue não é mercadoria”^{13,14}. Foram incontestes, o papel da sociedade civil e a liderança de Betinho e da ABIA nesse processo (SANTOS, MORAES e COELHO, 1992). Durante a Assembleia Nacional Constituinte, a votação sobre o trecho que tratava do sangue teve votação apartada do capítulo da saúde, dadas as controvérsias e a forte polarização entre defensores da estatização e da privatização da organização de tal política. Acabou

¹² INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION (IHRA). O que é redução de danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos. London: International Harm Reduction Association; 2010 [acesso em 19.jun.2019]. (IHRA Briefing). Disponível em: http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf

¹³ Reportagem “Antes do SUS: como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura”, do site da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), FIOCRUZ, disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/antes-do-sus>

¹⁴ ABIA. **Boletim ABIA**. Nº. 4, set. 1988.



vencendo a concepção que vedava toda a comercialização do sangue e de seus derivados, mas como apontaram SANTOS, MORAES e COELHO (1992), a polêmica se manifestou no artigo que afirma que o SUS seria partícipe da produção de hemoderivados. Além da forte participação da sociedade civil, foi importante a organização dos diferentes estados na organização de tal política. A pressão social também se deu no âmbito dos governos locais, assim a proposição de lei estadual em São Paulo¹⁵ precedeu a legislação federal¹⁶ na garantia de que todo o sangue deveria ser testado para HIV. Tratou-se de uma das mais importantes intervenções de caráter estrutural adotadas no enfrentamento da epidemia de HIV e aids, compreendidas como aquelas que visam abordar fatores socioculturais, políticos, legais e econômicos que aumentam a vulnerabilidade à infecção pelo HIV (PARKER e cols. 2018).


A primeira política de prevenção governamental de caráter mais estruturado foi o projeto Previna, estabelecido em 1989 pelo governo federal. Tinha como objetivo desenvolver ações de prevenção voltadas a profissionais do sexo (prostitutas, travestis e michês), homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e internos do sistema prisional. Fundamentava-se na estratégia de educação entre pares (*peer education*) em que membros dos próprios grupos – os multiplicadores – eram formados para desenvolver ações educativas sobre prevenção da infecção pelo HIV (TEIXEIRA, 1997; GALVÃO, 2000). Tratava-se de uma iniciativa federal centralizada no projeto, mas executada por diversas organizações e governos locais.

O projeto Previna contribuiu para a inserção de mais um ator e sua rede articuladora ao campo: as prostitutas e as associações de profissionais do sexo (GALVÃO, 2000). É notável, neste sentido, o papel da epidemia de aids em dar visibilidade a grupos cujas identidades são marcadas pela sexualidade dissidente da normatividade hegemônica, como foi o caso dos homossexuais e de trabalhadores sexuais, mas também grupos marcados por marginalização, estigma e discriminação, como se incluem também os usuários de drogas.

No início dos anos 1990, durante a curta gestão Collor, houve um distanciamento entre governo, sociedade civil e universidade, momento em que foram

¹⁵ São Paulo. Estado. Lei nº 5.190, de 20 de junho de 1986. Dispõe sobre a realização de testes para detecção de anticorpos do vírus da Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS). **Diário Oficial do Estado de São Paulo**. 21 jun 1986. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/1986/lei-5190-20.06.1986.html> [acesso em 04.ago.2019].

¹⁶ Brasil. Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988. Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 27 jan 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1980-1988/L7649.htm [acesso em 04.ago.2019].




desenvolvidas campanhas preventivas bastante inadequadas, centradas em uma pedagogia do medo. Tal perspectiva associava a aids à ameaça da morte como mote para mobilizar práticas seguras entre pessoas soronegativas, rompendo com a abordagem da solidariedade defendida pela sociedade civil (PAIVA, 1992; TEIXEIRA, 1997; GALVÃO, 2000).

Com a mudança de gestão, em 1992, houve um fortalecimento das relações entre governo, sociedade civil e universidade tendo como mote a elaboração de um projeto para o empréstimo junto ao Banco Mundial (TEIXEIRA, 1997; GALVÃO, 2000; NUNN, 2009). Foi a partir deste momento, que se passou a incorporar o conceito de vulnerabilidade para orientar os diagnósticos que orientavam o desenvolvimento de políticas de prevenção (CALAZANS, 2018).

Essa adoção expressou um deslocamento necessário dos diagnósticos que orientavam as ações de prevenção focados, inicialmente, nos comportamentos individuais para a vulnerabilidade social mais ampla, vindo a permitir a discussão sobre as interfaces entre direitos humanos e saúde (PARKER e cols., 2018). O que se deu com a proposição da noção de vulnerabilidade no cenário internacional (MANN, TARANTOLA e NETTER, 1993) e suas interfaces com os direitos humanos (MANN *et al.*, 1994, MANN e TARANTOLA, 1996). Entretanto, ganhou especial relevo e adensamento no Brasil dada a centralidade, acadêmica e política, que ganhou a discussão sobre vulnerabilidade e as contribuições dos campos da medicina social e da saúde coletiva brasileiras – com sua característica interdisciplinaridade (AYRES, 1994; AYRES, 1996; AYRES e cols., 2012).

Em meados dos anos 1990, com base no empréstimo obtido junto ao Banco Mundial¹⁷, uma nova versão do projeto Previna foi retomada no âmbito do PNA e deu origem a um amplo conjunto de projetos de prevenção desenvolvidos por organizações de base comunitária em todo o Brasil. O foco era nos grupos populacionais mais afetados pela epidemia, definidos em função de análises que articulavam os conceitos operativos de risco e de vulnerabilidade – HSH, trabalhadores sexuais (homens, mulheres e travestis), internos do sistema penal e, agora, garimpeiros da Amazônia Legal – por meio da estratégia de educação entre pares (*peer education*) (CALAZANS, 2012; CALAZANS, 2018). Tais projetos eram orientados pelo conceito de comportamento de risco, tendo como objetivo central promover mudanças de comportamentos individuais. Encontraram, no entanto, uma rica contribuição comunitária ao ancorarem tais mudanças em significados e sentidos muito próprios a cada comunidade. Como foi o caso da

¹⁷ Foram três, no total, os empréstimos do Banco Mundial ao governo brasileiro com vistas ao desenvolvimento de ações em HIV/Aids (Nunn, 1999).




construção da noção de sexo seguro por parte da comunidade homossexual estadunidense (PINHEIRO, 2015) e de sua apropriação em projetos nacionais voltados à comunidade homossexual, como as oficinas de sexo mais seguro realizadas em casas noturnas pelo recém-formado grupo Pela Vidda-SP¹⁸ e várias outras iniciativas (CALAZANS, 2018).

Tais projetos adotavam ações fortemente ancoradas na abordagem das práticas sexuais e na exploração do universo erótico dos seus participantes. Apostavam no vínculo entre condutores e participantes, buscando estabelecer relações de confiança e cumplicidade para que, a partir do conhecimento e da conscientização sobre o próprio erotismo pudessem identificar, de forma singular, como incorporar a prevenção, como uma possibilidade efetiva. Para isso, as oficinas de sexo mais seguro realizadas, neste momento, incluíam diferentes momentos: a evocação de experiências mais vivenciais, a promoção da reflexão, o compartilhamento de informações de caráter mais técnico e a entrega de “insumos”. Essa foi a forma como passaram a ser nomeados preservativos e gel lubrificante – quando este foi incorporado – podendo incluir, ainda, kit de redução de danos com: agulhas e seringas estéreis e descartáveis, cachimbo, canudo e material para higienização. A realização das oficinas se dava, predominantemente, em grupos de pares. Uma condição importante era a confidencialidade, assim como os acordos de suspensão dos julgamentos sobre o que era discutido ali para que os debates pudessem ser ricos e cuidadosos com seus participantes. Para evocar o debate, muitas foram as fontes adotadas: vídeos pornográficos, relatos eróticos, o preenchimento de filipetas sobre o que dá tesão para cada participante. No contexto de uma oficina, os motes da cumplicidade, para lidar com dificuldades e desafios singulares, podem ser muitos, como apresentar formas de colocar a camisinha ou como falar sobre prevenção.

As oficinas de sexo seguro em ambientes comunitários serviram de inspiração para a atuação de serviços de saúde que buscavam também explorar como incorporar o desafio da prevenção. Isso se deu em alguns serviços que incluíam atividades grupais de caráter educativo e reflexivo em sala de espera ou em grupos para entrega de resultados de exame de Papanicolau. Há relatos, ainda, de ações de aconselhamento individual pré e pós testagem para o HIV que também exploravam os relatos acerca das práticas sexuais para investigar as possibilidades de incorporação da prevenção nos roteiros sexuais dos usuários.

Outra experiência importante desse período foram oficinas realizadas em ambientes de trabalho junto a trabalhadores, em sua maioria homens hete-

¹⁸ Fundado em 1989 com base na experiência carioca.



rossexuais de camadas populares, pela ABIA. Esse projeto, além da abordagem aberta e positiva sobre a sexualidade nos ambientes de trabalho, teve como foco apoiar a estruturação de uma política de HIV e Aids em empresas. Por meio da qual se buscava garantir o respeito aos direitos trabalhistas e direitos humanos das pessoas vivendo com HIV e com Aids nos ambientes de trabalho – ou seja, assegurar que não fossem demitidos, que não houvesse a realização compulsória de testagem para HIV nos exames admissionais e periódicos, que se assegurasse apoio das empresas aos trabalhadores soropositivos ou com aids. Tal ação abordava a prevenção de forma ampla e articulada, buscando garantir o direito à saúde nos ambientes de trabalho – prevenção da infecção para os soronegativos, enfrentamento do estigma e da discriminação do caso das pessoas vivendo com HIV e aids. Contrapunha-se, assim, à experiência da morte civil – caracterizada por Herbert DANIEL¹⁹ (2018) como a experiência de estigmatização, discriminação, preconceitos e silenciamento em torno da doença vivida pelas pessoas soropositivas. Ancorado no discurso da solidariedade e fundado no trabalho político para mobilizá-la, este projeto tinha como objetivo transformar as relações em que estavam inseridos esses trabalhadores. Sua gramática almejava subverter dinâmicas relacionais implicadas nas condições de saúde e de vida dos trabalhadores, incluída também a abordagem de sua sexualidade.

Com esta mesma perspectiva de transformação dos contextos intersubjetivos, muitos projetos de intervenção voltados para a prevenção do HIV passaram a incorporar entre seus objetivos a mobilização comunitária para fomentar transformações culturais junto às comunidades para os quais se dirigiam. Falamos, assim, de projetos que buscaram fomentar a cultura do sexo mais seguro como uma prática comunitária de homens gays, bissexuais e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), como foi o caso de um amplo programa desenvolvido pela ABIA nos últimos trinta anos no Rio de Janeiro e na Baixada Fluminense, com diferentes especificidades ao longo dos anos; ou de diferentes projetos elaborados pela Rede Brasileira de Prostitutas e outras organizações como o Instituto de Estudos da Religião (ISER)²⁰ que abordavam o sexo e o trabalho sexual de forma positiva, enfatizando o prazer e os direitos das mulheres engajadas no trabalho sexual; mas também de projeto voltado à promoção de um senso de solidariedade, de forma a combater a cisão entre soropositivos e soronegativos no âmbito da comunidade de homens gays e bissexuais, enfatizando o prazer sexual sem mora-

¹⁹ Em livro original de 1989, recentemente republicado pela ABIA em 2018.

²⁰ “O Instituto de Estudos da Religião, ISER, é uma organização da sociedade civil, de caráter laico, comprometida e dedicada à causa dos direitos humanos e da democracia. Surgida no contexto brasileiro dos anos 1970, objetiva promover estudos, pesquisas e também intervenção social a partir de eixos temáticos plurais da sociedade brasileira, como a defesa e a garantia de direitos, segurança pública, meio ambiente, diversidade religiosa, entre outros”, disponível em: <http://www.iser.org.br/site/o-iser/> [acesso 09.abr.2018].



lismos, realizado pelo Nuances²¹ – Grupo pela Livre Expressão Sexual – em Porto Alegre (PARKER e cols., 2018).

Os projetos de mobilização comunitária deslocaram o foco dos projetos de prevenção dos comportamentos individuais para as representações socioculturais que conformam os sentidos e os significados compartilhados em uma dada comunidade (PARKER, 1998). Demandam, assim, o conhecimento e a investigação acerca dos aspectos simbólicos e valorativos que orientam a vida em uma dada comunidade. Podem envolver um amplo espectro de intervenções multidimensionais tais como produções culturais de teatro, artes gráficas, poesia, cinema, como se convencionou nomear de ativismo cultural, mas também a abordagem de serviços de saúde, escolas, bares, saunas e boates, onde a vida da comunidade se desenrola.

A divulgação dos resultados do Protocolo 076 do *Aids Clinical Trial Group*²² (ACTG 076), em 1994, foi o primeiro momento a incentivar as esperanças na chamada prevenção biomédica do HIV por meio da adoção de antirretrovirais. Este estudo comprovou a eficácia da zidovudina (AZT) na redução da transmissão vertical do HIV, ou seja, na prevenção da transmissão do HIV das mulheres gestantes para seus bebês (CONNOR e cols., 1994). O que mobilizou a elaboração, no Brasil por parte do Ministério da Saúde, de normas e recomendações de condutas de profissionais de saúde para a adoção do AZT por gestantes soropositivas e recém-nascidos expostos ao HIV (BRITO e cols., 2006), sua adoção em forma injetável no momento do parto e de recomendações de teste universal de gestantes durante o pré-natal (SANTOS, 2008). Tais medidas impactaram em importante redução da transmissão vertical do HIV, mas com marcadas diferenças regionais, tendo em vista as diferenças regionais no acesso aos serviços de assistência ao pré-natal, havendo maior precariedade nos estados das regiões Norte e Nordeste (BRITO e cols., 2006). Mulheres e crianças foram trazidas à cena da prevenção do HIV dessa forma.

²¹ ONG fundada em 1991, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, para atuar na luta pelos direitos da população LGBT. Tem, historicamente, atuação de enorme relevância no ativismo em AIDS por meio do desenvolvimento de projetos em parceria com o GAPAR-RS fundamentados na promoção da noção de solidariedade. Seus projetos enfatizaram o tema do prazer sexual como especialmente importante em tempos de AIDS, tendo o sexo seguro (e a erotização dos preservativos) como estratégia central (PARKER e cols., 2018).

²² *Aids Clinical Trial Group* (ACTG, ou Grupo de Ensaios Clínicos em AIDS) foi inicialmente estabelecido em 1987 para ampliar o escopo dos esforços de pesquisa sobre a AIDS do Instituto Nacional de Alergia e Doenças Infecciosas (NIAID), vinculado aos *National Institutes of Health* (NIH, ou Institutos Nacionais de Saúde), do governo estadunidense. Constituiu-se na maior rede de ensaios clínicos terapêuticos do mundo, envolvendo atualmente 51 unidades de pesquisa nas Américas, África e Ásia. Disponível em: <https://actgnetwork.org/about-actg> [acesso em 12.ago.2019].




Gradualmente, no entanto, começou a se colocar a questão da necessidade de uma política de prevenção de maior escala. Isso se associou com processos no âmbito do Ministério da Saúde que visavam integrar a política de aids ao Sistema Único de Saúde (SUS) e fortalecer a descentralização das ações do PNA para estados e municípios, entre o final dos anos 1990 e a primeira metade dos anos 2000. Para compreender estes processos, é importante lembrar que, o PNA foi implantado em um período anterior à instituição do SUS e a demanda social por uma resposta político-institucional à epidemia de aids se colocou em caráter emergencial, de forma que seu estabelecimento ocorreu em paralelo ao processo de organização do SUS, respondendo aos mesmos princípios, mas inicialmente com algum caráter de excepcionalidade (GALVÃO, 2000; PARKER, 2002; CALAZANS, 2018).

O processo de descentralização da gestão de projetos de prevenção, apesar da promessa de se configurar como um movimento importante para a sustentabilidade da política de aids, apresentou inúmeras dificuldades. Tanto pelas dificuldades burocráticas no âmbito de estados e municípios em operacionalizar o repasse de recursos para as organizações da sociedade civil, como por processos de maior controle moral sobre os conteúdos dos projetos, especialmente no contexto da prevenção, no âmbito dos governos locais (CALAZANS, 2018).

Na prevenção, as agendas da descentralização e da integração das políticas de aids ao SUS também implicavam na proposta de incorporar ações de prevenção à rotina dos serviços de atenção básica em saúde (DONEDA e cols., 2002). Tal proposição encontrou algumas dificuldades. A primeira delas refere-se ao fato de que a política de aids no Brasil desenvolveu-se, no âmbito do SUS, em serviços de atenção especializada à saúde, tais como os centros de referência, os serviços de atenção especializada (SAE) e os centros de testagem e aconselhamento (CTA) (PAIVA e cols., 2006). Por outro lado, tornou-se especialmente desafiadora no caso das populações mais afetadas pela epidemia, tradicionalmente estigmatizadas e consideradas de difícil acesso ou invisibilizadas pelos serviços de saúde, portanto, ainda menos visíveis nos serviços de atenção básica.

Outro esforço de ampliação de escala dos esforços de prevenção que se experimentou no início dos anos 2000, foi a produção de uma sequência de campanhas abordando alguns dos grupos populacionais mais afetados pela epidemia e mais fortemente estigmatizados, como travestis²³ (em agosto de 2001); profis-

²³ Com produção de cartazes, cartilha para travestis e transgêneros, folders para educadores e para profissionais de saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/campanha/campanha-travestis-2002> [acesso: 02.05.18].



sionais do sexo²⁴ (em março de 2002); gays e HSH²⁵ (em junho de 2002), e o preconceito contra as pessoas vivendo com HIV e Aids²⁶ (dezembro de 2002). As campanhas foram elaboradas em processos colaborativos com representantes dos movimentos sociais representativos dos grupos afetados e dirigiam-se diretamente aos grupos afetados e aos profissionais de saúde. O que se configurou como uma estratégia de sensibilização dos profissionais para lidar com a prevenção sob a ótica historicamente forjada no campo da aids de respeito aos sujeitos e à sua autonomia, de promoção de sua cidadania e de promoção do tratamento digno no âmbito dos serviços de saúde.

No caso específico da campanha voltada a gays e HSH, compunha a campanha um filme publicitário, intitulado “Campanha”, que foi transmitido pela televisão aberta e abordava o acolhimento respeitoso de um adolescente gay por sua família seguido da mensagem: “Usar camisinha é tão importante quanto respeitar as diferenças”. Sua elaboração e divulgação foi uma importante conquista pela abordagem aberta, cuidadosa e respeitosa sobre a homossexualidade. Soube-se posteriormente, no entanto, que sua exibição foi suspensa pelo Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária²⁸ (CONAR), segundo consta por denúncias a esse órgão (PELA VIDDA, 2006, p. 20-1; CALAZANS, 2018).

Ao longo dos anos 2000, observou-se progressivo empobrecimento das ações de prevenção. Muitos foram os fatores implicados: as dificuldades no financiamento governamental de projetos de prevenção das organizações da sociedade civil; as dificuldades da abordagem aberta e positiva da sexualidade no âmbito dos serviços de saúde e em escala ampliada; as resistências e dificuldades, no âmbito de estados e municípios, de efetivação de políticas de prevenção adequadas aos diferentes grupos populacionais. O discurso preventivo massificado se traduziu na repetição imperativa: “use camisinha”, perdendo sua capacidade de tradução singular para os diferentes contextos que reclamam a prevenção. Esforços


²⁴ Com produção de folder, cartilha para profissionais do sexo, manual para profissionais de saúde, adesivos para banheiros, bottons e spot de rádio. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/campanha/campanha-profissionais-do-sexo-sem-vergonha-garota-voce-tem-profissao-2002> [acesso em 02.05.18].

²⁵ Descrita a seguir, no corpo do texto. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/campanha/campanha-homens-que-fazem-sexo-com-homens-hsh-2002> [acesso em 02.05.18].

²⁶ Com produção de cartaz, folder para profissionais de saúde e filme para TV. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/campanha/campanha-do-dia-mundial-aids-o-preconceito-tem-cura-2002> [acesso em 02.05.18].

²⁷ Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/campanhas/2002/38288/filme_sem_marca1.wmv [acesso em 02.05.18].

²⁸ O Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (CONAR) é uma ONG que se atribuiu a responsabilidade de assegurar o cumprimento do Código Brasileiro de Autorregulamentação Publicitária. Foi fundada em 1980 e formada por profissionais e entidades do setor publicitário e seus associados – anunciantes, agências e veículos de comunicação. Disponível em: <http://www.conar.org.br> [acesso em: 27.12.17].




valerosos de elaboração de políticas de prevenção com caráter estruturante como o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis (BRASIL, 2007a) e o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia da Aids e outras DST (BRASIL, 2007b), com propostas de metas e atividades para serem desenvolvidas no período de 2007 a 2011, não chegaram a se efetivar em sua integralidade. Sua incorporação variou entre os diferentes estados e municípios nos seus anos iniciais, mas a mudança da gestão no âmbito do governo federal e o fato de que não havia uma amarração mais substantiva entre sua adoção e o financiamento das ações fez com que tenham sido abandonados como instrumentos de gestão da política de prevenção.

No final dos anos 2000, uma importante iniciativa da sociedade civil organizada tematizou as demandas e necessidades de prevenção das pessoas que vivem com HIV e aids, o que se nomeou prevenção positiva. Buscava-se integrar vulnerabilidade e cuidado na perspectiva da integralidade da atenção em saúde, de forma articulada à comunicação sobre os direitos das pessoas vivendo com HIV e aids. Chegou a ser constituído um Grupo de Trabalho de Prevenção Positiva no âmbito do PNA brasileiro visando à integração entre prevenção, assistência e cuidado sob a ótica dos direitos sexuais e reprodutivos e dos direitos humanos. Partindo-se das necessidades das próprias pessoas, buscava-se tematizar a necessidade de respeito à autonomia e de singularização do cuidado, lidando com questões como os efeitos colaterais dos medicamentos antirretrovirais. Contrapunha-se, assim, à abordagem que enfoca apenas na prevenção da transmissão do HIV para pessoas soronegativas (RAXACH e cols., 2009).

Os anos 2010, por sua vez, no que tange à prevenção, têm sido marcados pela emergência de novas tecnologias de prevenção. A oferta da PEP, nos casos de exposição sexual consentida, foi aprovada pelo Consenso Terapêutico em 2008, mas sua implantação só começou a se dar, de forma lenta e com significativa resistência, em 2010 (BRASIL, 2010). Já havia PEP para casos de exposição ocupacional ao HIV e para situações de exposição ao HIV por violência sexual, mas foi só em 2015 que passou a vigorar um protocolo unificado para a realização da profilaxia nestas três situações de exposição ao HIV (BRASIL, 2015). Em 2012, a PrEP foi reconhecida como uma tecnologia de prevenção no cenário internacional, começaram a se realizar estudos demonstrativos no país e sua incorporação no âmbito do SUS se deu a partir de 2017 (BRASIL, 2017a).

A reação inicial da coordenação do PNA foi de resistência às novas tecnologias, de forma que esta foi uma das pautas de um movimento social liderado por pesquisadores, profissionais de saúde, ativistas e governos locais iniciado em



meados de 2012, nomeado “Aids no Brasil: o que nos tira o sono”²⁹ (<http://oque-nostiraosono.tumblr.com/home>) (MALTA e BEYRER, 2013; FERRAZ e cols., 2013). A sociedade civil mais uma vez esteve na vanguarda e organizações como o Grupo de Incentivo à Vida (GIV)³⁰ e a ABIA elaboraram materiais educativos voltados à prevenção combinada pela primeira vez em 2010 e 2011, respectivamente³¹.

Posteriormente, observou-se movimento inverso de adoção acrítica da agenda internacional de incorporação das abordagens intituladas “testar e tratar” e “tratamento como prevenção”, assim como da chamada “prevenção combinada” (Brasil, 2017b). De forma que o documento nacional que aborda a prevenção combinada a sobrevaloriza tratando-a como um novo paradigma para a prevenção em substituição ao paradigma da vulnerabilidade. Desconsiderando que, historicamente, as pessoas sempre combinaram tecnologias de prevenção (usando camisinha com parceiros casuais; só fazendo sexo oral em caso de parceiro desconhecido; compartilhando os resultados dos testes para abandonar a camisinha com os parceiros fixos). Nega, ainda, que a oferta das tecnologias de prevenção mais adequadas à vida cotidiana de cada pessoa, ao seu momento de vida e às suas relações concretas é justamente o que muitos projetos de prevenção vêm fazendo, historicamente, como fruto de análises de vulnerabilidade e do respeito à autonomia dos sujeitos.

Outra marca importante dos anos 2010 foi o crescente conservadorismo que tem imposto barreiras importantes à continuidade das ações de prevenção,

²⁹ O movimento “Aids no Brasil: o que nos tira o sono”, encabeçado inicialmente por NEPAIDS-USP e ABIA, surgiu como uma reação a uma fala de Dirceu Greco, à época Diretor do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, na Conferência Internacional de AIDS realizada em Washington, EUA, em julho de 2012. Nessa ocasião, em uma mesa com os responsáveis pelas políticas nacionais de aids dos países do BRICS (agrupamento de países que reúne Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), após ter falado sobre as conquistas nacionais no enfrentamento da aids, este foi inquirido pelo debatedor sobre o que, naquele momento, lhe tirava o sono como coordenador do PNA, ao que respondeu como se o enfrentamento da aids no Brasil estivesse resolvido e portanto ele não tivesse nenhuma preocupação suficientemente grave a ponto de lhe tirar o sono. Nesse contexto, iniciou-se um amplo movimento de sistematização de problemas que mobilizavam preocupações de pesquisadores, ativistas, profissionais de saúde e gestores de políticas de aids que podem ser resumidos na piora dos indicadores epidemiológicos (aumento no número de casos novos de aids, na mortalidade por aids e na prevalência de infecção pelo HIV na categoria epidemiológica dos HSH, entre outros), na falta de inovação no enfrentamento da epidemia de HIV e de aids no Brasil (no que se inclui a resistência à incorporação das chamadas novas tecnologias de prevenção) e no enfraquecimento da participação social no âmbito do PNA (Ferraz et al., 2013).

³⁰ O GIV foi fundado em 1990 tendo como marca distintiva ser um grupo cuja formação do seu corpo diretivo se dava exclusivamente por pessoas soropositivas com a intenção de integrá-las entre si e à sociedade. Disponível em: <http://giv.org.br/GIV/A-História-do-GIV/index.html> [acesso em 09.08.2019].

³¹ A primeira cartilha intitulada “Prevenção Combinada: Barreiras ao HIV” foi elaborada originalmente pelo GIV em 2010, posteriormente foi atualizada e publicada em uma parceria entre GIV e ABIA, inicialmente em 2011, tendo sido novamente atualizada em 2015. Disponível em: <http://abiids.org.br/prevencao-combinada-barreiras-ao-hiv/27434> [acesso em 09.08.2019].



tais como a censura ao kit antihomofobia, em 2012, e à campanha publicitária em homenagem ao Dia Internacional das Prostitutas, que é comemorado internacionalmente no dia 02 de junho, voltada às mulheres profissionais do sexo, em 2013 (MALTA e BEYRER, 2013; BELOQUI e TERTO JR., 2012³²).

Historicamente, as políticas de aids no Brasil foram tidas como exemplares pela bem-sucedida integração entre prevenção, tratamento e cuidado, assim como por sua abordagem fundada nos direitos humanos e pela promoção dos princípios de cidadania e solidariedade. No âmbito da prevenção, os principais sucessos articulam-se a: 1) uma abordagem aberta e positiva da sexualidade, da diversidade de expressões sexuais e de gênero, do enfrentamento do estigma e da discriminação; e 2) ao fomento à mobilização comunitária por meio de abordagem pedagógica de caráter construcionista e freireano, que valoriza a autonomia e os conhecimentos dos sujeitos implicados.

A história recente de crescente conservadorismo, de redução do diálogo com os movimentos sociais que deram base às respostas comunitárias à epidemia e de menor participação dos grupos mais afetados, assim como a ampliação de ações de prevenção de caráter individual, centradas na oferta de tecnologias preventivas sem a promoção de reflexão e conscientização acerca das implicações de sua adoção, tem repercutido negativamente no recrudescimento da epidemia.

Os tempos difíceis que vivemos no enfrentamento da epidemia de aids representam o desmonte de uma resposta que já se mostrou bem-sucedida. O empreendimento desta reflexão sobre nossa história compartilhada de respostas preventivas à epidemia de HIV e de aids aposta na necessidade de reconstrução do diálogo solidário entre os atores que constituem o campo da aids no Brasil. Para isso é preciso 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.

³² BELOQUI, Jorge; TERTO JR, Veriano. **A prevenção à AIDS no governo Dilma e a censura dos vídeos da campanha do Carnaval de 2012.** [acesso em 25.09.2017]. Disponível em: <http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/artigo-veriano.pdf> e <http://www.clam.org.br/busca/conteudo.asp?cod=9212>



Referências

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Epidemiologia sem números: Outras reflexões sobre a ciência epidemiológica, a propósito da AIDS. Seminário Epidemiologia Social da AIDS, **Anais**, Rio de Janeiro: ABIA, 1994, pp. 8-19.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas**. São Paulo: Casa de Edição, 1996.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; PAIVA, Vera; FRANÇA JÚNIOR, Ivan. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla C. **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania**. Livro I. Curitiba: Juruá, 2012. p. 71-94.

BELOQUI, Jorge; TERTO JR, Veriano. **A prevenção à AIDS no governo Dilma e a censura dos vídeos da campanha do Carnaval de 2012**. [acesso em 25.09.2017]. Disponível em: <http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/artigoveriano.pdf> e <http://www.clam.org.br/busca/conteudo.asp?cod=9212>.


BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia da Aids e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – 2008**. Suplemento III – Tratamento e prevenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 123 p.: il.

BRITO, Ana Maria; SOUSA, Jailson Lopes; LUNA, Carlos Feitosa; DOURADO, Inês. Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. **Rev. Saúde Pública** [Internet]. 2006 [acesso 28 abr. 2018]; 40 (Suppl): 18-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000800004-&lng=en>.

CALAZANS, Gabriela Junqueira. **Políticas públicas de saúde e reconhecimento: um estudo sobre prevenção da infecção pelo HIV para homens que fazem sexo com homens.** 2018. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

CALAZANS, Gabriela. Educação entre pares: uma tecnologia em busca de definições. In: **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: pluralidade de vozes e inovação de práticas.** Livro III. 2012. 137-152.

CALAZANS, Gabriela Junqueira; PINHEIRO, Thiago Félix; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Vulnerabilidade programática e cuidado público: panorama das políticas de prevenção do HIV e da AIDS voltadas para gays e outros HSH no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad** 29 (2018): 263.


CÂMARA, Cristina. Articulações entre governo e sociedade civil: um diferencial na resposta brasileira à AIDS. **Impulso** (Piracicaba). 2002; 32: 57-67.

CÂMARA, Cristina. Um olhar sobre a história do ativismo LGBT no Rio de Janeiro. **Rev do Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro.** 2015; 9:373-396.

CARRARA, Sérgio. A antropologia e o processo de cidadanização da homossexualidade no Brasil. **Cad. Pagu.** 2016 [citado 5 jan. 2017]; 47. e164717. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332016000200604&lng=en&nrm=iso>.

CEBES. A questão democrática na área de Saúde. **Saúde em Debate**, n. 9, p.11-13, jan.-mar. 1980.

CONNOR, Edward M. et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. **New England Journal of Medicine**, v. 331, n. 18, p. 1173-1180, 1994.



CONTRERA, Wildney Feres. **GAPAS: uma resposta comunitária à epidemia da aids no Brasil** [Internet]. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/179_2Gapas.pdf.

DANIEL, Herbert. **Vida antes da morte**. Rio de Janeiro: ABIA, 2018. Disponível em: <http://abi aids.org.br/vida-antes-da-morte/32248>.

DANIEL, Herbert; PARKER, Richard. **Aids, a terceira epidemia: ensaios e tentativas**. Rio de Janeiro: ABIA, 2018. Disponível em: http://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2018/12/aids_a_terceira_epidemia_web.pdf

DONEDA Denise; BRITO, Ivo; GANDOLFI, Denise. Interfaces entre a prevenção e a assistência às DST e AIDS na perspectiva do Sistema Único de Saúde: avaliação e crítica das ações desenvolvidas pela Coordenação Nacional de DST e Aids. In: PARKER, Richard; TERTO JR., Veriano (orgs.). **Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS**. (Anais do Seminário Prevenção à AIDS; Limites e Possibilidades na Terceira Década). Rio de Janeiro: ABIA, 2002. p. 36-8.

FERRAZ, Dulce; CALAZANS, Gabriela; TERTO JUNIOR, Veriano, GRANGEIRO, Alexandre; PAIVA Vera. AIDS In Brazil: What Keep Us Awake? (oral presentation CS43). In: **2nd International HIV Social Sciences and Humanities Conference**; 7–10 July. Paris: France, 2013.

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

GRANGEIRO, Alexandre; SILVA; Lindinalva Laurindo da; TEIXEIRA, Paulo Roberto. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev Panam Salud Publica**. 2009; 26(1): 87-94.

INGLEZ-DIAS, Aline; RIBEIRO, José Mendes; BASTOS, Francisco I.; PAGE, Kimberly. Políticas de redução de danos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** 19 (2014): 147-158.

LAURINDO-TEODORESCU, Lindinalva; TEIXEIRA, Paulo Roberto. **Histórias da aids no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde/ Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015. 2 v.

MALTA, Monica; BEYRER, Chris. The HIV epidemic and human rights violations in Brazil. **J Int AIDS Soc**. 2013; 6:18817. Epub 2013/11/15.

MANN, Jonathan M; TARANTOLA, Daniel; NETTER, Thomas W. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1993.

MANN, Jonathan M; GOSTIN, Lawrence; GRUSKIN, Sofia; BRENNAN, T; LAZZARINI, Zita; FINEBERG, Harvey V. Health and human rights. **Health Hum Rights**. 1994



[cited 2017 Jan 5]; 1(1): 6-23. Available from: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/10395709>>.

MANN, Jonathan M; TARANTOLA, Daniel, editores. **AIDS in the world II: global dimensions, social roots, and responses**. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1996.

NUNN, Amy. **The politics and history of AIDS treatment in Brazil**. New York: Springer, 2009.

PAIVA, Carlos Henrique A; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**. 2014;21(1). p. 15-35.

PAIVA, Vera. O simbolismo da aids, alteridade e cidadania. In: **Em tempos de AIDS**. São Paulo: Summus, 1992. p. 53-62.

PAIVA, Vera; PUPO, Ligia R; BARBOZA, Renato. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. 2006; 40 (Supl): 109-119.

PARKER, Richard. Introdução. In: Parker R, organizador. **Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/ABIA, 1997. p. 7-15.


PARKER, Richard Teorias de Intervenção e Prevenção do HIV/Aids. In: PARKER, Richard; TERTO Jr., Veriano (orgs.). **Entre homens: homossexualidade e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA, 1998.

PARKER, Richard. Estado e sociedade em redes: descentralização e sustentabilidade das ações de prevenção das DSTs/AIDS. In: PARKER, Richard; PIMENTA, Maria Cristina; TERTO Jr., Veriano. (Orgs.), **Solidariedade e Cidadania: Princípios Possíveis para as Respostas ao HIV/AIDS?** Rio de Janeiro: ABIA, 2002, p. 31-36.

PARKER, Richard; GARCIA, Jonathan; MUÑOZ-LABOY, Miguel; MURRAY, Laura; SEFFNER, Fernando. Community mobilization as an HIV prevention strategy: the political challenges of confronting the AIDS epidemic in Brazil. In: CROSBY, Richard A.; DICLEMENTE, Ralph J. (eds). **Structural Interventions for HIV Prevention: Optimizing Strategies for Reducing New Infections and Improving Care**. Oxford University Press, 2018.

PINHEIRO, Thiago Felix. **Camisinha, homoerotismo e os discursos da prevenção de HIV/Aids**. 2015. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

PELA VIDDA. 2006. Homossexuais e Aids, a epidemia negligenciada. **Cadernos Pela Vidda**. Junho 2006. Ano XVI, no 42.



PERLONGHER, Nestor. **O que é Aids**. 4a ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. (Primeiros Passos, 197).

RAXACH, Juan Carlos; MAKSUD, Ívia; PIMENTA, Cristina; TERTO JR., Veriano (organizadores). **Prevenção positiva: estado da arte**. Rio de Janeiro: ABIA, 2009. (Coleção ABIA. Políticas públicas; 8)

SANTOS, Luiz A.; MORAES, Cláudia; COELHO, Vera Schattan P. Os anos 80: a politização do sangue. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 2, p. 107-149, 1992.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro; MORAES, Claudia; COELHO, Vera Schattan. Sangue, AIDS e constituinte: senso e contra-senso. In: **A AIDS no Brasil: 1982-1992**. 1994. p. 307-23.

SANTOS, Valdiléa Gonçalves Veloso dos. **A testagem anti-HIV na prevenção da transmissão vertical: avaliação do pré-natal e no momento do parto**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

SIMÕES, Júlio Assis; FACCHINI, Regina. **Do movimento homossexual ao LGBT**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2009.

TEIXEIRA, Paulo Roberto P. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER R, organizador. **Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar: ABIA, 1997. p. 43-68.



ABIA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
INTERDISCIPLINAR DE AIDS

Av. Presidente Vargas nº 446 – 13º andar – Centro – RJ – CEP: 20071-907
Tel. 21 2223-1040 – e-mail: abia@abiids.org.br

Nosso site

www.abiids.org.br

Visite também:

Observatório Global de Políticas de AIDS (GAPW, sigla em inglês): www.gapwatch.org
Grupo de Trabalho sobre Propriedade Intelectual (GTPI): www.deolhonaspontes.org.br
Observatório de Sexualidade e Política (SPW, sigla em inglês): www.sxpolitics.org
Projeto Diversidade Sexual, Saúde e Direitos entre Jovens: www.hshjovem.abiids.org.br

Apoio:

Brot
für die Welt

